

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

287

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1889, à 1 heure

Par PAUL MANTEL

Né à Saint-Omer, le 8 février 1858

Ancien interne des hôpitaux de Paris

et de la Maternité de Lariboisière

Médaille de bronze de l'Assistance publique

D'UNE NOUVELLE MANŒUVRE

POUR

L'ABAISSEMENT D'UN PIED

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ

MODE DES FESSES

« Le plus beau et le plus utile de tous les instruments c'est celui que la nature nous a donné ; c'est-à-dire la main. »

VIARDEL, p. 223.

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM. STRAUS, professeur.

A. ROBIN et RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ RICHEL.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert)
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554031_0044

D'UNE NOUVELLE MANŒUVRE
POUR
L'ABAISSEMENT D'UN PIED
DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
MODE DES FESSES

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

Si l'excellente opération de la version par manœuvres externes, à laquelle s'attachent d'une façon inséparable, les noms de Wigand, Hubert de Louvain, Mattei et Pinard, était pratiquée, ou praticable dans tous les cas de présentation du siège, notre travail n'aurait aucune raison d'être ; cette opération serait le traitement de choix de toute présentation du siège.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Sans insister sur les quelques contre-indications de la version par manœuvres externes, telles que le défaut de mobilité empêchant la mutation (grossesses multiples, malformations utérines), l'existence de circulaires serrés, il faut savoir qu'il existe des cas rares, il est vrai, dans

lesquels, après avoir fait et refait la mutation, on ne peut parvenir à la maintenir.

Enfin trop nombreuses sont et seront encore les femmes qui ne viendront chercher le secours de l'accoucheur qu'à une période du travail à laquelle il n'est plus possible de songer à la version par manœuvres externes.

En outre, c'est dans la variété de siège qui nous occupe, que cette opération semble être le plus difficile à pratiquer ; et c'est précisément celle qui fait courir au fœtus les risques les plus grands pendant la période d'expulsion.

En présence de ce fait, à savoir qu'on peut se trouver, et qu'on se trouvera longtemps encore dans la nécessité de laisser un accouchement se faire par le siège, en présence de la véritable dystocie déterminée par la présentation du siège mode des fesses, en présence de l'imperfection des méthodes employées jusqu'ici à l'extraction (toutes circonstances qui peuvent faire courir des dangers considérables à l'enfant qui présente l'extrémité pelvienne décomplétée, variété des fesses), il nous a paru intéressant de faire connaître une méthode nouvelle que nous avons vu employer par M. le Professeur Pinard, que nous avons employée nous-même, et qui nous paraît préférable à tous les moyens recommandés et employés jusqu'à présent dans les mêmes circonstances ou conditions.

Nous avons été fortement encouragé à persévérer dans cette voie par notre excellent maître M. le Professeur Pinard qui, pendant l'année que nous avons passée comme interne à la Maternité de Lariboisière, n'a cessé de

nous prodiguer avec ses savantes leçons, la bienveillance la plus grande et la plus affectueuse.

C'est à lui que nous devons en entier les connaissances obstétricales que nous avons acquises; et si dans notre carrière il nous est donné de secourir utilement les parturientes et leurs enfants, c'est à lui seul que nous en rapporterons tout l'honneur. Qu'il nous permette de lui en exprimer publiquement notre profonde gratitude, et de le remercier de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Il nous est particulièrement agréable d'obéir à la tradition en remerciant nos maîtres dans les hôpitaux de l'intérêt et de la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Le temps que nous avons passé à l'hôpital St-Louis, dans les services de M. le Professeur Fournier dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne provisoire, et de M. le Dr Ollivier dont nous avons été l'externe pendant une année, nous a permis de profiter de leur grande expérience et d'étudier la syphilis et les maladies de la peau.

Notre cher maître, M. le Dr Berger dont nous avons été l'interne à Bicêtre, n'a cessé de nous témoigner la plus affectueuse sympathie et nous a initié à la chirurgie osseuse, aux affections chirurgicales des voies urinaires et à la chirurgie des vieillards.

A la maison municipale de santé, dans le service de notre excellent maître M. le Dr Labbé, nous avons eu la bonne fortune de voir évoluer sous nos yeux une série d'affections qu'on ne rencontre guère dans les services

hospitaliers et d'étudier une classe de malades un peu spéciale pour laquelle son expérience de la clientèle nous a été d'un grand secours.

M. le D^r Blachez a été plus qu'un maître pour nous : l'affection qu'il n'a cessé de nous témoigner nous a rendu particulièrement agréable l'année que nous avons passée dans son service. Sa grande expérience des maladies des enfants nous a permis de tirer profit du très beau service de crèche de l'hôpital de la Charité.

Que notre très aimé maître M. le D^r Terrier veuille bien agréer l'hommage de notre affectueux respect. Après avoir été son externe nous n'avons pas cru pouvoir mieux faire que d'aspirer à l'honneur d'être son interne. Il nous a appris à aimer et à comprendre la chirurgie telle qu'elle doit être faite. Nous sommes fier d'avoir été son élève et nous nous promettons de mettre toujours en pratique les principes dont nous avons été à même d'apprécier dans son service, l'utilité et l'importance.

Nous remercions également nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les D^{rs} Champetier de Ribes, Auvard, M. Sée, Voisin, Rigal, Th. Anger, Reclus et Quénu des bienveillants conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études.

Notre travail comprendra trois chapitres.

Dans un premier chapitre, nous établirons que la variété du siège mode des fesses crée une dystocie grave, d'abord et surtout pour l'enfant, et parfois pour la mère.

Notre deuxième chapitre sera consacré à démontrer l'insuffisance, l'inutilité et parfois même le danger des

méthodes et des instruments employés jusqu'à ce jour dans la variété du siège mode des fesses.

Dans un troisième chapitre nous ferons ressortir les avantages qu'il y aurait à intervenir avant l'engagement du siège pour substituer à la présentation totalement décomplétée une autre présentation partiellement décomplétée et nous décrirons une nouvelle méthode qui permet d'atteindre ce résultat beaucoup mieux que celles qui ont été précédemment étudiées.

Nous joindrons à notre travail un certain nombre d'observations personnelles et quelques autres inédites extraites des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Enfin les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Dystocie due à la présentation du siège, variété des fesses.

La présentation du siège décomplété mode des fesses constitue, dans certains cas, une dystocie grave, d'abord et surtout pour l'enfant, ensuite pour la mère à cause des opérations multiples auxquelles on doit recourir pour faire l'extraction.

« Dans la variété de présentation du siège, dite des
« fesses, le dégagement s'effectue souvent avec une
« remarquable lenteur, l'inflexion latérale, à la faveur de
« laquelle se fait habituellement le dégagement, se pro-
« duira difficilement parce que les membres inférieurs
« relevés le long du tronc forment des attelles à la colonne
« vertébrale du fœtus et la maintiennent rigide.

« C'est surtout pour le fœtus que l'accouchement par
« l'extrémité pelvienne doit être redouté. Le pronostic
« est encore plus grave lorsque le fœtus se présente par
« les fesses ; souvent l'intervention de l'art est nécessaire
« et cette intervention est elle-même pleine de diffi-
« cultés. »

Ainsi s'exprime M. le Professeur Tarnier (1).

(1) TARNIER ET CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements*.
Paris, 1880, p. 669 et 700.

Partageant, à juste titre, nous semble-t-il, l'anathème porté par les anciens auteurs contre les présentations du siège en général, la variété des fesses paraît devoir assumer à elle seule toute la gravité du pronostic et subir l'accusation fondée de mettre en péril les jours du fœtus et de faire parfois partager ces dangers à la mère.

La variété dite des fesses réunit, en effet, les conditions défavorables des autres variétés de siège (complet, genoux ou pieds) sans en présenter les avantages.

Trop peu volumineuse pour faire une dilatation suffisante et faciliter ainsi l'expulsion de la tête, comme la variété complète, elle l'est assez pour empêcher totalement la déflexion d'un membre, lorsque le siège est engagé ; de plus elle n'offre aucune prise commode, si l'extraction devient nécessaire, comme la variété des genoux ou des pieds. Les anomalies de mécanisme y sont des plus fréquentes. C'est surtout dans les temps de rotation et de dégagement qu'on les observe : la rotation peut faire complètement défaut, elle peut au contraire être exagérée au point que la fesse primitivement antérieure devienne postérieure. La difficulté du dégagement est encore plus grande et tient comme dans toutes les présentations du siège au défaut de souplesse de la colonne vertébrale. Elle est dans la variété qui nous occupe notablement augmentée par la présence des membres inférieurs relevés le long du tronc. Dans ces circonstances, la fesse postérieure reste souvent appliquée dans la concavité du sacrum et n'en bouge plus.

Dès la plus haute antiquité, suivant les préceptes d'Hippocrate, les accoucheurs redoutant la présentation

du siège sans distinction de variété, ramenaient constamment la tête au couronnement chaque fois que le fœtus présentait cette extrémité, précepte réalisé encore aujourd'hui dans de meilleures conditions par la version par manœuvres externes.

Guillemeau (1) fut un des premiers à conseiller de tirer sur les pieds chaque fois qu'on éprouvait quelque difficulté à ramener la tête.

Mauriceau qui n'hésitait pas à classer les accouchements par le siège parmi les accouchements contre nature : « Les accouchements contre nature qui requièrent
« absolument l'opération de la main sont ceux auxquels
« l'enfant se présente en mauvaise situation. Nous
« dirons que l'enfant peut se présenter en posture contre
« nature de quatre façons générales. quatrième-
« ment par les pieds » (2), conseillait l'intervention immédiate : « Aussitôt donc que le chirurgien aura reconnu
« que l'enfant vient en cette situation et que la matrice
« est assez ouverte pour trouver passage à la main, ... il
« l'introduira doucement à l'entrée de la matrice où
« trouvant les pieds de l'enfant il le tirera dehors en
« cette posture » (3).

Il recommandait même de hâter la dilatation avec la main ; et de ne pas laisser le siège s'engager trop ; de le repousser si faire se pouvait, car une fois très engagé, « on crèverait
« plutôt la mère et l'enfant que de le repousser dedans ».

(1) GUILLEMEAU. — *De la grossesse et de l'accouchement*, Paris, 1643.

(2) MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, livre II, chapitre XI, p. 267, 6^e édition, Paris.

(3) MAURICEAU. *Ibid*, p. 281.

Portal (1) rapporte dans ses observations I, XI, XXXV, LII, etc., comment lorsque l'enfant présentait les fesses, il repoussait le siège et allait chercher un pied. Dans son observation XLIX, il n'intervint pas pour une variété des fesses et l'enfant succomba.

Delamotte (2) voulait qu'on tentât l'extraction des pieds toutes les fois qu'on arrivait avant que les fesses ne fussent engagées ; une fois même (obs. 296) il passa devant elles alors qu'elles étaient profondément engagées.

Levret, Smellie, Baudelocque, suivirent ce précepte.

M^{me} Lachapelle, malgré son optimisme évident, s'incline devant les chiffres de sa statistique et reconnaît qu'on « ne peut se dissimuler que les positions de l'extré-
« mité pelvienne ne soient très fâcheuses pour le
« fœtus » (3), néanmoins elle réserve l'intervention sur les pieds pour les cas d'absolue nécessité, et seulement lorsque le siège n'est pas engagé.

Quelques auteurs modernes, Ahlfeld (4), le premier, Mangiagalli (5), Spiegelberg (6) et Otto Kustner avec

(1) PORTAL. — *La pratique des accouchements*, Paris, 1865.

(2) DELAMOTTE. — *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*. Paris, 1722.

(3) M^{me} LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements*, t. II, p. 60, Paris, 1825.

(4) AHLFELD. — Ueber Behandlung der Gedoppelten Steisslagen reifer Kinder bei Erstgebarenden. Soc. obst. de Leipsig, 21 oct. 1872. *Arch. f. gyn.*, t. V, p. 174.

(5) MANGIAGALLI. — Il Quenquennio, 1875-79. Nella clinica obstetrica de Milano. *Annale d'obstetricia*, 1881, p. 285, 546, 621.

(6) SPIEGELBERG. — *Lehrbuch*, 1878, p. 803.

quelques réserves cependant (1), constatent combien il est difficile d'extraire le siège arrivé sur le périnée, à cause du manque de souplesse des parties molles, conseillent l'abaissement prophylactique d'un pied, et recommandent de laisser ensuite l'accouchement se faire spontanément.

R. Barnes (2), après avoir étudié les causes qui dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses, rendent l'accouchement difficile, rejette les crochets et le forceps comme dangereux, et recommande d'amener un pied.

Underhill montre que tous les moyens employés à l'extraction sont insuffisants et dangereux, et propose d'aller accrocher la crête iliaque.

Tous ces efforts pour parer aux inconvénients du siège décomplété, mode des fesses avant son engagement, nous paraissent démontrer suffisamment combien cette dystocie, cette eutocie non naturelle (ainsi que l'appelaient Velpeau et Maygrier), préoccupent les accoucheurs. Pour la variété des fesses engagée, il suffira de parcourir la thèse inaugurale du Dr Olivier (3) pour se rendre compte de la multiplicité des moyens préconisés,

(1) OTTO KUSTNER. — De la présentation du siège et des pieds, leurs dangers, leur traitement. *Sammlung Klinische Vorträge*. V, R. Volkmann, n° 140, 1878, p. 1069.

(2) R. BARNES. — *Leçons sur les opérations obstétricales*, trad. sur la 2^e édit., par A. Cordes, Paris, 1873, p. 150.

(3) OLIVIER. — *De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne, mode des fesses*. Thèse de Paris, 1883.

multiplicité qui prouve de prime abord qu'aucun d'eux n'est parfait et surtout que l'obstacle à vaincre est des plus considérables. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point. Nous sommes donc, comme M. le Professeur Tarnier, convaincu que le pronostic de l'accouchement par le siège décomplété, variété des fesses, est grave, que souvent l'intervention de l'art est nécessaire, et que cette intervention est elle-même pleine de difficultés. Nous n'en voulons d'autres preuves que les chiffres fournis par la statistique (1).

Notre statistique qui comprend 110 accouchements par le siège décomplété, variété des fesses, soit : 54 primipares et 56 multipares, nous donne les résultats suivants :

A. — Au point de vue de la *mortalité* :

1^o chez 54 primipares :

3 enfants morts pendant le travail ou pendant les
48 premières heures ;

1 macéré ;

6 enfants nés en état de mort apparente (4).

(1) HEGAR. — In *Deutsche Klinik*, n^o 33, 1866.

HECKER. — *Klinik der Geburt*, t. II.

PINARD. — *Traité du palper abdominal*. Paris, 1889, p. 295.

(2) Les enfants nés en état de mort apparente, ont pu être ranimés et ont quitté l'hôpital dans un état plus ou moins satisfaisant.

2° chez 56 multipares :

- 6 enfants morts pendant le travail ou pendant les
48 premières heures ;
- 4 macérés ;
- 5 enfants nés en état de mort apparente.

B. — Au point de vue de l'*intervention* :

1° chez 54 primipares :

9 interventions se décomposant ainsi :

Extraction simple.....	6 fois.
Manœuvre avec lacs.....	1
Abaissement d'un pied...	2

2° chez 56 multipares :

Extraction simple.....	5 fois.
Manœuvre avec lacs.....	1

Nous croyons intéressant de publier ici quelques observations prouvant combien l'extraction peut être pénible dans la variété du siège qui nous occupe.

OBSERVATION I (INÉDITE)

Extraite des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Primipare. — Rétrécissement du bassin. — Présentation du siège mode des fesses en S.I.G.A. — Grandes difficultés d'extraction. — Enfant mort 6 h. après.

Le 20 mai 1885, la nommée H. V., 24 ans, cuisinière, entre à la salle Ste-Anne, lit n° 25.

Ordinairement bien réglée pendant 4 jours, chaque fois elle a eu ses dernières règles le 6 août; elle est par conséquent à terme, ne sait à quel âge elle a marché, aucune déformation du squelette. Grossesse sans complications.

Elle a ressenti les premières douleurs à 4 heures du matin le 20; en même temps, la poche des eaux se rompt spontanément, elle entre à l'hôpital à 7 heures du matin : à ce moment on trouve que le col est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 5 francs; l'enfant vivant se présente par le siège en S.I.G.A. mode des fesses, on fait par le toucher le diagnostic du sexe. La partie fœtale est bien fixée, assez engagée pour qu'en pratiquant le toucher avec un doigt on ne puisse pas explorer la partie supérieure de la paroi postérieure du bassin. La tête paraît par le palper plus volumineuse qu'à l'état normal et cependant la mensuration pratiquée en divers sens à l'aide du compas d'épaisseur de Budin donne des dimensions à peu près normales. Les contractions utérines sont régulières.

A 2 heures de l'après-midi la dilatation est grande comme la paume de la main : la partie fœtale ne descend pas, le méconium s'écoule, les battements du cœur sont normaux : les contractions utérines sont peu fréquentes.

Irrigation chaude à 48° de 20 minutes de durée.

A 3 heures, la dilatation est complète, les battements du cœur normaux, les bourses apparaissent à la vulve mais le siège a peu progressé. Contractions utérines de moins en

moins fréquentes. A 6 heures le travail ne faisant aucun progrès et bien que les battements du cœur fussent bons, l'interne de service se décide à intervenir. On va à la recherche de l'aîne antérieure avec la main gauche introduite toute entière et profondément dans le vagin. C'est à grand'peine qu'on arrive jusqu'à elle; tellement elle est élevée : les doigts recourbés en crochet n'ont qu'une prise peu solide. Mêmes difficultés avec la main droite.

La main gauche, en pénétrant profondément dans le vagin, en arrière du pôle fœtal, rencontre un promontoire très saillant et la face antérieure du sacrum aplatie à sa partie supérieure : Il semble bien qu'il existe un rétrécissement du bassin. Les tractions avec les doigts n'ayant pu mobiliser le siège, on essaye en vain de passer un lacs. Les difficultés qu'on éprouve sont dues à l'élévation du pli de l'aîne antérieure qui fait que les doigts ne peuvent s'avancer assez loin pour faire saillir le lacs de l'autre côté de la cuisse.

A 6 heures 1/2 les bourses très œdémateuses ainsi que la verge commencent à se couvrir de phlyctènes ; la femme pousse mais les fesses n'apparaissent pas encore à la vulve. Le méconium s'écoule, les battements du cœur sont normaux. Sans nouvelles tractions le siège descend et les fesses apparaissent au dehors. L'extraction de la tête offre seule quelques difficultés, on est obligé d'avoir recours à la manœuvre de M. Champetier de Ribes.

Bien que l'extraction eut été rapide et que les battements du cœur s'entendissent encore très bien au moment de la sortie du siège, l'enfant naît en état de mort apparente, on l'insuffle, et au bout de 2 heures seulement, il fait sa première respiration. On continue l'insufflation jusqu'à 1 heure du matin, l'enfant faisant au maximum une vingtaine d'inspirations spasmodiques en 5 minutes. Les battements du cœur qui après avoir été d'abord très lents, étaient redevenus presque normaux, quoique faibles, cessent brusquement à 1 heure.

L'enfant du sexe masculin pèse 3,200 gr.

Diamètres : O. F. — 11 1/2.

O. M. — 13.

B. P. — 9 1/2.

B. T. — 6 1/2.

S. O. B. — 10 1/2.

Délivrance naturelle à 7 heures 1/2. Placenta normal. Membranes 6/35. Cordon normal.

OBSERVATION II (INÉDITE)

Extraite des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Présentation du siège décomplété mode des fesses. S.I.G.A. — Deux applications de forceps. — Extraction par un lacs dans le pli inguinal. — Enfant mort.

La nommée D..., âgée de 42 ans, couturière, entre le 2 janvier 1883, salle Ste-Anne, service de M. le Dr Pinard, lit n° 11.

Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à 22 ans, puis menstruation irrégulière; première grossesse en 1883. Pas de fausses couches. Époque des dernières règles 16 février 1882.

Les six premiers mois de la grossesse se sont très bien passés. Douleurs très vives pendant les trois derniers mois. Le 29 décembre la poche des eaux est rompue spontanément, sans douleurs. La malade reste dans cet état jusqu'au 31 et fait appeler un médecin qui administre le seigle ergoté.

L'accouchement n'avançant pas, les douleurs n'étant pas très vives, on transporte la malade à l'hôpital le 2 janvier.

Fond de l'utérus à droite, dur et très saillant dans lequel on trouve la tête accompagnée des petites extrémités. Au toucher, col complètement dilaté, mais rigide, tendu.

Le fœtus est en S.I.G.A, le siège est engagé, la dilatation est complète. Le fœtus est vivant, mais non mobilisable, les bruits du cœur bien frappés s'entendent à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, absence de liquide amniotique.

On essaye d'aller chercher les petites extrémités mais en

raison de leur élévation et de l'état de tétanisation de l'utérus, la main est serrée et pénètre difficilement au fond de l'utérus.

A 4 heures, dans la journée, l'engagement ne faisant point de progrès, les contractions utérines étant rares et peu soutenues, on fait une application de forceps sur le siège. Le forceps ayant dérapé, on est obligé de faire une deuxième application sans plus de succès. On passe alors un lacs dans le pli de l'aîne et on arrive à extraire le siège, on dégage le tronc mais la tête est retenue, et les bras relevés. En dégageant le siège on entend se produire un craquement sec dans la cavité utérine.

On dégage les extrémités supérieures puis on extrait la tête l'occiput en avant.

Fœtus de 3600, mort malgré l'insufflation et la respiration artificielle.

Il présente une fracture des 2 os de l'avant-bras droit, au niveau du poignet.

La délivrance se fait attendre plus d'une heure. Survient une perte, on est obligé de pratiquer la délivrance artificielle, le placenta est adhérent dans toute son étendue, on le retire presque entièrement, mais il reste une petite portion de la face interne du placenta.

3 janvier. Douleurs abdominales ; 10 ventouses scarifiées.
T. 39°.

Injectons antiseptiques. Sulfate de quinine.

Le 6. 10 sangsues. La malade sort bien portante.

OBSERVATION III (INÉDITE)

Extraite des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Présentation du siège. — Longueur du travail. — Décollement du placenta pendant l'accouchement. — Mort de l'enfant.

Cl. B....., âgée de 23 ans, entre dans le service du Dr Pinard le 8 mars 1884.

Cette femme, primipare, a toujours été bien portante pendant sa grossesse. Pas de renseignements précis sur l'enfance, pas de traces de rachitisme.

Les dernières règles ont apparu à la fin de mai 1883 (un seul coït le 16 juin suivant). Grossesse normale sans aucun incident.

Les douleurs ont débuté à cinq heures du matin. A 8 h. 1/2, l'examen de la femme permet de constater les détails suivants :

Au palper, on trouve le siège dans la fosse iliaque gauche à peine engagé et les pieds à la même hauteur un peu à droite de la ligne médiane. La tête est dans l'hypochondre droit, les bras défléchis. Au-dessus de la tête, le sillon de la nuque très nettement dessiné, même à la vue.

A l'auscultation le foyer des bruits du cœur se trouve à 2 cent. au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane plutôt à droite qu'à gauche.

Au toucher, l'orifice est dilaté comme une pièce de 2 francs, la poche des eaux très tendue. On arrive assez difficilement sur une fesse et sur le coccyx, la présentation est à peine engagée au niveau du détroit supérieur.

Diagnostic. — S.I.G.A. siège complet. Deux heures plus tard, l'engagement se prononce et la dilatation est égale à une pièce de 5 francs.

La continuité des douleurs, la tension du ventre et l'engagement de la partie fœtale empêchent M. Pinard de faire la version par manœuvres externes.

Dans la journée, le travail avance lentement, la poche des eaux se rompt à 3 heures à la dilatation complète. La position est encore la même, mais les membres inférieurs se sont défléchis. A 4 heures la position devient transversale et le scrotum apparaît à la vulve, tuméfié par la base séro-sanguine. Malgré les douleurs fréquentes et énergiques, le travail avance à peine, le méconium s'écoule et les battements du cœur, commencent à faiblir. A 5 heures, il s'écoule un peu de sang par la vulve et cet écoulement continue. A 8 heures, les battements du cœur devenant plus faibles, et plus intermittents, la sage-femme

de service place un lacs au-dessus du pli de l'aîne gauche, et après quelques tractions, attire au dehors le siège et les membres inférieurs. M. Pinard arrive à ce moment, il dégage assez facilement le bras postérieur, mais le dégagement du bras antérieur (le gauche) serré entre le tronc et le pubis exige, plusieurs tentatives, pendant lesquelles on entend un craquement sec (fracture de l'humérus). Enfin le dégagement s'opère et M. Pinard amène au dehors la tête suivie immédiatement du placenta et des membranes intactes.

On essaie en vain de ranimer l'enfant qui sans doute a succombé à la suite du décollement du placenta, décollement qui s'est fait pendant le travail, on vérifie le diagnostic porté pendant les manœuvres opératoires : fracture de l'humérus gauche.

Le périnée est largement déchiré jusqu'au sphincter exclusivement, M. Pinard fait la périnéorrhaphie en appliquant 5 sutures au crin de Florence.

Les 8, 9, et 10 mars l'état de la femme est tout à fait satisfaisant, un peu de gonflement au niveau des sutures.

Le 11. L'œdème des lèvres de la suture à beaucoup diminué.

Les jours suivants, la cicatrisation fait des progrès. Le 22 au soir on enlève les points de suture. La cicatrisation est presque complète, à peine existe-il une petite plaie superficielle.

Le 28. La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION IV (INÉDITE)

Extraite des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Présentation du siège, mode des fesses. — Hémorrhagie légère avant l'accouchement par décollement prématuré du placenta — Accouchement artificiel.

B..., 34 ans, couturière, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle St-Anne, le 6 janvier 1885 à 3 h. du soir.

D'une bonne constitution, avec un bassin normalement conformé malgré une très légère déformation du thorax. Les côtes

en effet, présentent à leur extrémité antérieure la saillie du chapelet rachitique bien que tout accident de ce genre soit nié ou méconnu.

Cette femme eut deux enfants qui naquirent à terme, l'un en mai 1877, l'autre en mars 1883.

De ces deux enfants pas un ne vit; le 1^{er} élevé au biberon par la mère mourut à l'âge de 8 mois, l'autre élevé au sein par une nourrice est mort en 1884 à l'âge de 17 mois.

En temps ordinaire, régulièrement réglée toutes les 3 semaines; pas de complications pendant la grossesse actuelle, dernières règles le 15 mars 1884.

Le 6 janvier 1885, à 11 h. du matin, apparition des premières douleurs, entrée dans le service à 3 heures. Dans la nuit du 5 au 6, la poche des eaux s'était rompue, et la parturiente avait perdu des eaux toute la matinée.

Dilatation complète à 9 h. 1/2 du soir. Enfant se présentant en S.I.D.A. décompleté mode des fesses.

A 11 heures, écoulement de sang en certaine quantité par la vulve, dû à un décollement probable du placenta.

Les battements du cœur normaux jusqu'alors se ralentissent d'une manière inquiétante.

La main introduite dans le vagin va à la recherche du pli de l'aîne antérieur, on tire sur le pli inguinal et une traction assez faible permet d'engager de plus en plus le siège qui exécute facilement son mouvement de rotation.

Il n'en est pas de même pour la tête qui reste arrêtée au niveau du détroit supérieur, le menton tourné vers l'éminence ileo-pectinée gauche.

Les tractions énergiques sont insuffisantes pour extraire la tête et il est nécessaire de pratiquer une pression assez forte sur l'extrémité céphalique à travers la paroi abdominale.

L'enfant naît en état de mort apparente, avec une déformation caractéristique de la tête; l'occipital projeté, et ramené en arrière des pariétaux d'une façon bien notable.

Sexe masculin, poids 4000.

Diamètres : O. F. — 11 1/2
 O. M. — 12
 B. P. — 9 1/2
 B. T. — 8 1/2
 S. O. B. — 9 1/2

Annexes normales.

Après quelques accidents pleuro-pulmonaires, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION V (RÉSUMÉE)

Thèse D'OLIVIER, p. 110.

Présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses en position S.I.G.A. — Dangers courus par l'enfant. — Tentatives infructueuses d'extraction avec le forceps, et de déflexion d'un membre (par le Dr BUDIN).

Ils'agit d'une femme enceinte pour la 4^e fois, en travail depuis 14 heures : douleurs fortes, dilatation complète, membranes intactes.

Au toucher on n'arrivait sur aucune partie fœtale. Le palper ne donnant pas plus de renseignements à cause de la dureté des parois utérines.

On donna du chloroforme à la parturiente et on rompit les membranes : une notable quantité de liquide amniotiques'écoula.

On diagnostiqua une présentation du siège en S.I.G.A. ; enfant du sexe féminin. Le siège était décomplété mode des fesses ; partie fœtale très élevée.

Malgré l'existence de contractions utérines assez fortes, le siège ne s'engagea pas. Vers 4 heures du matin, modification des bruits du cœur. On tenta une application du forceps Tarnier, mais malgré les précautions prises de tirer uniquement pendant la contraction et de faire appuyer sur l'utérus pendant les tractions, le forceps glissa. On recula devant l'emploi de la traction inguinale par crainte de fracturer le fémur et on essaya

d'aller chercher un pied avec la main ; la droite étant appliquée sur le fond de l'utérus à l'extérieur, on introduisit la gauche dans les parties génitales. On arriva sur les pieds : ils étaient en rapport avec le maxillaire inférieur, on essaya d'en abaisser un cela fut impossible ; lorsqu'on voulait fléchir le membre inférieur on était arrêté par la paroi utérine : on ne pouvait le porter en dehors, et en essayant de le porter en dedans c'était l'autre membre inférieur qui mettait obstacle à sa descente.

Echec complet.

Heureusement les battements du cœur redevinrent plus réguliers et vers 5 h. 1/2, le siège finit par s'engager ; à 6 h. il apparut à la vulve : nouveau ralentissement considérable des battements du cœur : on termina rapidement l'extraction.

L'enfant naquit en état de mort apparente mais put être ranimé.

OBSERVATION VI (RÉSUMÉE)

Thèse d'OLIVIER, p. 126.

Présentation du siège mode des fesses en S.I.G.A. — Application du forceps Tarnier (dernier modèle) et du crochet mousse, par A. CAYLA, interne provisoire des hôpitaux.

Il s'agit d'une primipare, âgée de 20 ans, arrivée au terme d'une grossesse normale, début du travail le 7 octobre 1881 à 5 heures du matin. Rupture spontanée des membranes le 9 à 10 heures du matin à la dilatation comme une paume de main. Dilatation complète à midi.

A deux heures, à l'examen de la malade, siège dans l'excavation en S.I.G.A, mode des fesses.

État local déplorable : vulve tuméfiée, grandes lèvres œdématisées, d'un volume considérable, déchirure de la fourchette jusqu'à l'anus (?) la muqueuse rectale résiste encore.

La partie qui se présente est violacée ; scrotum tendu, luisant, œdémateux.

Le fœtus est en S.I.G. (?) Le grand trochanter est sous la symphyse pubienne.

Plus de contractions utérines : malgré les efforts de la femme rien n'avancait plus.

État général menaçant de devenir mauvais. Modifications des battements fœtaux. Chloroforme.

Première application du forceps Tarnier (dernier modèle), la branche gauche en arrière et à gauche est introduite facilement, la branche droite ne peut être placée malgré les mouvements à droite et à gauche, malgré des modifications de l'inclinaison.

On essaye en vain de faire tourner le tronc avec la branche gauche.

On tente une application transversale, les deux branches se placent et s'articulent facilement, mais à la première traction le forceps dérape.

Plusieurs applications dans le même sens restent sans succès.

On prend alors un forceps très mince à cuillers très étroites. Impossibilité de faire dépasser la symphyse pubienne.

Après une série d'essais infructueux, on renonce au forceps, on tente inutilement la traction inguinale avec l'index de la main gauche.

Application du crochet angulaire qui glisse à plusieurs reprises et qu'on abandonne. Le crochet $1/2$ circulaire n'est pas plus heureux.

Néanmoins la partie fœtale est un peu descendue; on la saisit avec l'extrémité des cuillers du forceps, mais après quelques tractions, celui-ci glisse, 3 fois on le réarticule.

Puis on parvient à placer le crochet mousse sur l'aine antérieure et à tirer le fœtus au dehors.

Après quelques difficultés pour les bras on termine l'extraction.

Ces diverses manœuvres ont duré une heure $1/2$.

L'enfant pèse 3,700 gr.

Ecchymose remontant assez haut sur le siège; parties génitales tuméfiées, excoriées, érosions de la peau.

Le cœur a cessé de battre et on ne peut ranimer l'enfant.

Déchirure du périnée (la muqueuse rectale résiste encore), qui a demandé un mois à guérir.

Cette observation nous paraît à elle seule devoir entraîner la conviction que le siège variété des fesses peut devenir à elle seule une cause de dystocie grave et démontrer l'insuffisance des moyens d'extraction. Et cependant il n'existait dans l'espèce, aucune complication grave; ni retrécissement du bassin, ni placenta prævia, ni procidence du cordon. La femme était une primipare jeune (20 ans) et l'enfant d'un volume peu au-dessus de la moyenne puisqu'il pesait 3700 gr.

OBSERVATION VII (RÉSUMÉE)

Thèse d'OLLIVIER, p. 142.

Présentation de l'extrémité pelvienne, décomplétée mode des fesses S.I.D.P. — Tentative infructueuse d'extraction avec le forceps. — Extraction avec le crochet mousse. — Fracture du fémur.

Il s'agit d'une femme de 45 ans. VI pare.

Rupture prématurée des membranes. Début du travail le 5 mars 1882 à 4 heures du matin.

Présentation du siège décomplété mode des fesses. Assez profondément engagée. Dilatation complète le 6 mars à 1 heure après-midi.

Voyant que la femme s'épuise, M. Tarnier intervient, par une 1^{re} application de forceps qui glisse. 2^e application suivie du même résultat; malgré des tractions énergiques le siège ne s'abaisse plus et le forceps glisse peu à peu.

Application du crochet mousse courbe, tractions lentes et fortes, le fémur casse mais le siège descend et on peut terminer l'extraction à l'aide du pied droit qu'on a réussi à amener à la vulve.

Enfant volumineux, mort depuis 24 heures environ, il pèse 5,000 gr.

Autopsie. — Le crochet a traversé la peau, s'est dirigé en arrière et en dehors et a pénétré dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse, fracture du fémur.

Décollement de l'épiphyse marginale de la crête iliaque droite.

Fracture de la colonne vertébrale, la moelle est à nu : mais elle paraît intacte. Arrachement des racines rachidiennes.

Suites de couches marquées les 4 premiers jours par une élévation assez notable de la température. Pouls fréquent, ventre un peu sensible. Néanmoins la femme sortit le 13^e jour en bonne santé.

OBSERVATION VIII (RÉSUMÉE)

Thèse d'OLIVIER, p. 120.

Présentation du siège mode des fesses. — Inertie utérine. —

2 Applications du forceps Tarnier sur le siège. — Extraction d'un enfant vivant, mère bien portante.

On commença une traction sur l'aîne antérieure, puis on fit une première application de forceps, infructueuse ; une deuxième application réussit. La traction inguinale détermina une rougeur étendue et même une érosion superficielle suivie d'empâtement pendant 15 jours.

OBSERVATION IX (RÉSUMÉE)

Thèse d'OLIVIER, p. 123.

Présentation du siège décomplété mode des fesses. — Tentative d'extraction avec le forceps Levret.

Essai infructueux d'une application du crochet mousse sur l'aine antérieure. Une tentative infructueuse d'application du forceps Levret, une deuxième application ne réussit qu'à abaisser le siège dont on termine l'extraction en plaçant les index dans les aines.

OBSERVATION X (RÉSUMÉE)

Thèse d'OLIVIER, p. 136.

Présentation du siège décomplété mode des fesses sur un enfant mort. — Extraction avec le forceps Tarnier à courbure périnéale. — Rupture utérine, mort de la mère.

Application de forceps sur un enfant mort, prise facile, premières tractions pénibles, le siège reste immobile. Après un quart d'heure de tractions lentes et énergiques faites à plusieurs reprises, le siège progresse un peu. L'instrument glisse.

Difficultés pour achever l'extraction du siège, des épaules et de la tête. *L'opération a duré 3/4 d'heure.*

Enfant volumineux 4700 gr. mort. Rupture utérine. Mère morte 12 heures après l'accouchement.

L'opinion des auteurs, les statistiques, les différentes observations que nous venons de rapporter nous prouvent que dans certains cas la présentation du siège, variété des fesses, crée une dystocie réelle, grave pour l'enfant et parfois pour la mère.

CHAPITRE II

De l'insuffisance et des dangers des méthodes d'extraction employées dans l'accouchement par le siège, variété des fesses.

Nous allons étudier maintenant quelles sont les méthodes employées jusqu'à présent pour combattre cette dystocie évidente, et nous verrons que tous les procédés sont insuffisants, inutiles ou même dangereux.

Nous passerons d'abord en revue les modes d'intervention lorsque le siège est engagé, puis les différentes manœuvres auxquelles on a recours lorsque le siège est encore au-dessus du détroit supérieur.

A. — SIÈGE ENGAGÉ

A moins qu'un des accidents graves du travail ne vienne menacer la vie de l'enfant et compromettre la santé de la mère, il est rare qu'on intervienne dès l'abord dans la majorité des cas.

Et en effet, au début tout semble aller à souhait ; l'engagement se fait en général assez bien, tout se passe normalement ; jusqu'au moment où le siège arrivé dans l'excavation, ou sur le plancher périnéal est arrêté dans sa progression. Jusqu'alors le fœtus n'a pas souffert, l'u-

térus s'est contracté normalement, régulièrement. Puis tout s'arrête.

Les contractions ont beau se succéder, régulières, énergiques, fréquentes, la femme a beau s'aider des efforts les plus énergiques rien ne bouge plus : peu à peu l'utérus se fatigue, devient inerte, un peu de sang s'écoule, la parturiente s'épuise, on s'aperçoit que le fœtus souffre, ses battements cardiaques se modifient, et l'on juge qu'il est grand temps d'intervenir si l'on veut sauver l'enfant et éviter à la mère des accidents sérieux.

Il s'agit d'intervenir et d'intervenir vite puisque la situation est grave. Mais comment ?

L'accoucheur n'a dans l'espèce aucun procédé opératoire sur lequel il puisse compter absolument. Comme le forceps, ou la version ; il a à sa disposition une série de moyens tous insuffisants ou dangereux, tels que le forceps, la traction inguinale à l'aide des doigts, des lacs ou des crochets, la traction sur les pieds et les méthodes de Lefour et de Ritgen. Nous allons les passer rapidement en revue.

I. — *Du forceps, dans l'accouchement du siège en général et notamment dans la variété des fesses.*

On sait combien son emploi dans l'accouchement par le siège a été controversé ; tandis que certains auteurs le recommandent, d'autres en proscrivent absolument l'usage.

Si Levret (1) donne le conseil de se servir du « forceps

(1) LEVRET. — P. 114, 6^e édition, 1766.

« pour tirer hors la vulve le derrière de l'enfant lorsque
« s'étant présenté le premier il est logé dans la partie
« basse du bassin et qu'il menace le périnée de déchire-
« ment. » Baudelocque et M^{me} Lachapelle (1) le pros-
crivent formellement.

« Ce précepte (emploi du forceps), dit cette dernière, a
« trouvé heureusement peu de fauteurs ; on a senti que
« les cartilages d'ossification des os du bassin n'offraient
« pas une ténacité comparable aux membranes fibro-car-
« tilagineuses du crâne, on a senti qu'en appliquant le
« forceps trop haut on contondait l'abdomen et ses vis-
« cères, qu'en l'appliquant trop bas il ne pouvait avoir
« une prise suffisante, aussi personne ne s'aviserait au-
« jourd'hui de tenter une semblable opération. »

Gardien, Velpeau, Desormaux, Moreau rejettent éga-
lement l'emploi du forceps.

Cazeaux (2) tout en sachant que Stolz en conseille l'u-
sage, et que P. Dubois ne serait pas éloigné d'y recourir
dans certains cas, ne se prononce pas catégoriquement :
« Les présentations du siège me paraissent donc devoir
« *en général* exclure l'emploi du forceps ».

M. le professeur Pajot, dans ses « tableaux » n'hésite
pas et dit : « Le forceps ne s'applique que sur la tête,
peut-être pourrait-on l'appliquer sur le pelvis quand l'en-
fant est mort ».

M. le professeur Tarnier pense qu'une application de
forceps faite avec prudence sans trop serrer les manches

(1) LACHAPELLE. *Loc. cit.*, p. 72.

(2) CAZEAUX. — *Traité théorique et pratique des accouchements*,
p. 851, 3^e édition, 1850.

de l'instrument, ce que réalise son forceps, peut rendre de grands services.

Notre cher maître, M. le professeur Pinard (1) partageait alors l'opinion de M. Tarnier et pensait que : « dans
« une présentation pelvienne, variété des fesses, alors
« que le siège est dans l'excavation, *que la main ne peut*
« *aller à la recherche des pieds* situés très haut dans
« l'utérus, quand un accident quelconque, soit du côté
« de la mère, soit du côté du fœtus rend urgente la ter-
« minaison rapide de cet accouchement, une application
« de forceps est nettement indiquée ». A l'heure actuelle
se basant sur un certain nombre de faits personnels et
sur plusieurs observations dues à M. Ribemont-Des-
saignes, il rejette l'emploi du forceps, comme insuffi-
sant et dangereux pour l'enfant.

Haacke (2), n'applique le forceps sur le siège que
lorsque celui-ci a atteint le détroit inférieur et que le
mouvement de latéroflexion du tronc se trouve arrêté
malgré des contractions utérines énergiques. Dans ces
cas, le forceps lui paraît préférable au crochet mousse
et à toutes les autres méthodes : il lui paraît d'une appli-
cation facile et sans danger pour la mère et l'enfant.

D'après Olivier (3), le forceps est utile dans les sacro-
antérieures ; il semble, d'après cet auteur, être surtout
indiqué dans les sacro-postérieures ; en tout cas il est
d'avis de ne pas l'appliquer sur les crêtes iliaques, mais
bien sur les membres.

(1) Article Forceps. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, p. 544.

(2) HAACKE. — *Arch. f. Gynæk.* Bd XI, heft 3, Berlin, 1877.

(3) Voy. Thèse OLIVIER, p. 47, 51, 53, 55, 58 et 63.

En parcourant les vingt-cinq *expériences* que le D^r Olivier a consignées dans sa thèse et pour lesquelles il s'est servi du forceps, nous trouvons sept tentatives totalement infructueuses d'application de forceps ; deux pour des sacro-antérieures, une pour une sacro-postérieure et quatre pour les sacro-pubiennes (1).

Quant aux faits cliniques, nous renverrons aux observations résumées plus haut et nous ajouterons que sur dix cas rapportés dans la thèse du D^r Olivier, on a eu trois échecs complets, qu'on a dû faire deux applications successives dans deux cas, et que sur les cinq cas où l'application de forceps a été suivie de succès, il y avait deux grossesses gémellaires.

De ce rapide exposé il ressort que le forceps tour à tour conseillé et honni dans l'accouchement par le siège, peut être utile dans un nombre restreint de cas. Il est quelquefois dangereux à cause des lésions fœtales qu'il peut déterminer, mais surtout par suite de la compression du cordon serré entre les cuillers et le siège ; il est aussi bien souvent inutile parce qu'il est impossible de l'appliquer, et qu'il dérape, si l'application a été possible. Il nous semble en tous cas devoir être considéré comme l'*ultima ratio* de l'intervention dans l'accouchement par le siège, variété des fesses, engagé.

II. — *De la traction inguinale, à l'aide des doigts, des crochets et des lacs.*

La traction inguinale ne nous paraît pas offrir plus de ressources à l'accoucheur.

(1) OLIVIER *Loc. cit.*, 1883.

Les doigts, la main qui sont de beaucoup les instruments les plus parfaits sont malheureusement insuffisants : leur action demeure limitée aux cas où le siège est très bas, à la vulve, alors qu'il est facile d'intervenir : ils suffisent tout juste à « aider la nature ».

« Dans toutes nos expériences, nous avons essayé de « faire l'extraction en tirant avec l'index sur le pli de « l'aine antérieure, nous n'avons jamais réussi » (1).

Quant aux crochets mousses, qu'on emploie le crochet angulaire ou demi-circulaire, celui de Burton ou de Wasseige, le double crochet, ou même l'instrument dynamométrique de Bitot (2), on s'expose constamment aux lésions du fœtus, au moins des parties molles (excoriations, etc., souvent des parties dures (fractures du fémur).

« Le crochet mousse est difficile à introduire, la largeur qui lui est nécessaire le rend difficile à placer et « surtout à diriger ; s'il est mal appliqué, il peut contondre, déchirer même l'aine, l'abdomen ou les parties « génitales (3).

« Cet instrument (le crochet double), fort difficile à « placer, entraîne nécessairement des dangers doubles « de ceux du crochet ordinaire (4).

« Dans la présentation des fesses où les membres « inférieurs sont relevés le long du tronc, le travail dure « parfois très longtemps et l'intervention quand elle est « nécessaire est très difficile. Beaucoup d'auteurs conseillent alors d'introduire un crochet mousse dans

(1) OLIVIER. *Loc. cit.*, p. 42.

(2) BITOT. — *Archives de tocologie*, 1876, p. 542.

(3) M^{me} LACHAPELLE. *Loc. cit.*, p. 72.

(4) M^{me} LACHAPELLE. *Loc. cit.*, p. 72.

« l'une des aines du fœtus de manière à attirer au dehors
« le membre inférieur correspondant; mais l'emploi de
« cet instrument peut produire une fracture du fémur
« ou des lésions superficielles qui deviennent quelquefois
« le point de départ de phlegmons de la cuisse ou de
« l'abdomen et mettent en péril la vie du nouveau-né (1).

Sur quatre expériences faites par le D^r Olivier avec le crochet mousse, on note : un succès et trois accidents : deux fractures du fémur et une plaie.

L'observation suivante est un bel exemple des dangers que présente l'emploi du crochet.

OBSERVATION XI

Thèse d'OLIVIER, p. 131.

Pendant l'été de 1877 une femme fut admise à l'hôpital de Lourcine : elle était en travail. L'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses.

Le siège étant dans l'excavation depuis de longues heures, on intervint en appliquant dans l'aine antérieure le crochet mousse qui termine le manche d'une des branches du forceps Levret.

L'enfant fut extrait avec difficulté.

Il présentait une fracture du fémur.

L'extrémité du crochet avait pénétré dans les masses musculaires, et, perforé l'artère fémorale. Il fut impossible d'arrêter l'hémorrhagie et l'enfant succomba au bout d'une heure.

III. — *Manœuvres avec lacs.*

Les lacs ont été appelés à remplacer les crochets parce qu'on attribuait à la rigidité de ces derniers tous les

(1) TARNIER et CHANTREUIL. *Loc. cit.*, p. 719.

désordres occasionnés chez le fœtus, alors que c'est en somme à la force employée d'une part, et d'autre part à l'application de cette force appliquée dans une direction forcément perpendiculaire au fémur de l'enfant et enfin au peu de résistance des parties fœtales, qu'il faut faire remonter tous les accidents.

M^{me} Lachapelle (1), malgré l'opinion de Smellie et de Denman, n'y a qu'une confiance médiocre : « Je ne me suis jamais vue dans la nécessité de recourir à ce moyen dont l'application me paraît très difficile ».

Qu'on aie recours au lien de soie de Hecker, au lien métallique de Weckbecker-Sternefeld (2) (sur 12 cas, 4 empreintes profondes, 2 excoriations, 3 fractures ! — Sur les 12 enfants, 4 sont morts pendant l'extraction, un autre a succombé 3/4 d'heure après la naissance !!) — au cordon de chanvre enveloppé de caoutchouc de Bunge (3), à la mèche des fumeurs, etc., etc., on a toujours à craindre les mêmes résultats.

Sur les 14 expériences faites avec le lacs, par le Dr Olivier, 4 fois fracture du fémur, les autres fois dépression plus ou moins profonde.

Il faut en outre compter avec les difficultés inouïes qu'on éprouve à placer le lacs, malgré tous les porte-lacs décrits dont le moins mauvais est encore la main.

(1) M^{me} LACHAPELLE. *Loc. cit.*, p. 74.

(2) WECKBECKER-STERNEFELD. — Étude sur le traitement de la présentation pelvienne par les lacs. *Arch. für Gynæk.*, t. XVIII, p. 319, 1881.

(3) BUNGE. — Description d'un nouveau lacs pour le traitement de l'accouchement dans la présentation du siège. *Centralblatt Gynæk.*, 1881, p. 179.

IV. — *Tractions sur les pieds.*

Certains accoucheurs voulaient qu'on fit tout pour aller chercher les pieds : Moschion et Amand recommandaient de refouler les fesses, Delamotte disait qu'il fallait passer au devant d'elles alors même qu'elles étaient fortement engagées. Burton conseillait d'appliquer aux deux pieds un lacs assez long pour qu'on puisse tirer d'une main placée au dehors, tandis que l'autre introduite dans le vagin repousserait les fesses.

M^{me} Lachapelle s'est élevée avec juste raison contre ces tentatives : « Vouloir extraire les pieds quand
« les hanches ont franchi le détroit supérieur, c'est vou-
« loir renouveler les accidents arrivés à Peu et à Mau-
« riceau : tous deux fracturèrent la cuisse sur laquelle
« s'étaient dirigés leurs premiers efforts » (1).

Pour elle, la manœuvre de Burton est impraticable dans toutes ses parties. On pourrait faire aujourd'hui le même reproche à la méthode de Barnes.

V. — *Méthodes anales.*

La méthode de Ritgen appliquée au siège et la méthode bianale de Bitot et Lefour, le procédé pelvi-anal de M. Gueniot (ces derniers tout au plus applicables à l'enfant mort) ne peuvent être utilisés que lorsque le siège est assez près de la vulve pour que le doigt recourbé en crochet puisse atteindre une aine ; si cette manœuvre

(1) M^{me} LACHAPELLE. *Loc. cit.*, p. 87.

ne réussit pas, nous doutons que les autres aient plus de chance de succès.

Nous ne parlerons que pour mémoire du rétroceps de Hamon qui a échoué deux fois sur deux, dans les expériences d'Olivier.

En résumé, d'après tout ce qui précède, il est facile de se convaincre qu'il n'existe pas de procédé opératoire bien défini pour extraire un siège variété des fesses, engagé. Tous les moyens employés sont en général insuffisants et dangereux chaque fois que l'obstacle à surmonter est sérieux. Insuffisants, car aucun d'eux n'est applicable dans tous les cas ; dangereux, car presque tous déterminent à peu près fatalement des lésions fœtales plus ou moins graves.

Ce fait n'est pas sans avoir une influence considérable sur le pronostic très réservé qu'on doit toujours porter au sujet de l'enfant ; pronostic justifié d'ailleurs par les statistiques.

Les doigts et la main quand le siège leur est accessible, les lacs ou les crochets quand il échappe à l'action directe de la main et que la position est sacro-antérieure ; le forceps dans les sacro-postérieures, voilà ce que l'on a à sa disposition pour pratiquer l'extraction d'un siège engagé, variété des fesses.

Piètre ressource étant donné ce que nous avons dit plus haut. D'autant plus que l'accoucheur ayant conscience du peu de valeur des moyens dont il dispose, sachant très bien qu'il s'expose à déterminer du côté du fœtus des lésions importantes attend pour intervenir, que l'indication soit formelle et ne se décide à agir qu'alors que

la situation de l'enfant est telle, qu'une blessure, qu'une fracture même ne paraissent que de peu d'importance à côté de son existence même qui est alors en jeu.

Alors qu'une minute de retard peut tout compromettre on n'a pour agir que des procédés dont le moindre défaut est l'extrême lenteur !

B. — SIÈGE NON ENGAGÉ

Nous venons de parcourir l'ensemble des moyens employés à l'extraction du siège variété des fesses engagé et nous avons vu que tous présentaient une insuffisance notoire et parfois même des dangers considérables.

Nous allons maintenant étudier les différents procédés mis en œuvre pour l'extraction du siège variété des fesses, non engagé.

Nous ne referons pas à nouveau, à son propos, le procès que nous avons fait aux différentes méthodes d'extraction en usage pour le siège engagé. Tout ce que nous avons dit à son sujet s'applique *a fortiori* au siège retenu au détroit supérieur.

« Faut-il, se demande le D^r Olivier (1) dans sa thèse, « en parlant du siège variété des fesses au détroit supérieur, comme le conseillent nombre d'auteurs, aller « accrocher le pli de l'aine avec l'index et tirer ? Presque « toujours on échouera ; on ne parviendra guère à l'extraire par ce moyen que lorsqu'il sera petit. Mais le « plus souvent c'est parce que l'enfant est gros qu'il ne

(1) OLIVIER. *Loc. cit.*

« s'est pas engagé, il faut donc s'attendre à échouer. On
« peut porter un crochet mousse sur le pli de l'aine anté-
« rieure : mauvais moyen parce que l'enfant étant très
« élevé, il sera impossible de tirer suivant l'axe du dé-
« troit supérieur, de plus il est dangereux pour l'enfant ;
« il peut glisser, pénétrer dans les tissus ou fracturer
« le fémur. »

Quant au forceps et aux lacs, le D^r Olivier reconnaît qu'il n'a pas pu faire d'expériences avec ces instruments sur des sièges variété des fesses au détroit supérieur :

Nos observations I, II, III, IV, VII, etc., prouvent suffisamment la confiance qu'on peut leur accorder.

En présence de ces difficultés, on conçoit que les accoucheurs aient cherché une méthode destinée à remédier à cet état de choses si défavorable pour l'enfant.

A. — Les uns, rajeunissant le précepte d'Hippocrate, veulent qu'on ramène constamment la tête au détroit supérieur, soit par la version par manœuvres externes, soit par les manœuvres mixtes (version bipolaire, manœuvre de Braxton Hicks).

Version par manœuvres externes — Limitée aux cas où la femme n'est pas en travail c'est l'intervention de choix dans la présentation du siège en général. Malheureusement elle n'est pas toujours possible dans la variété de siège qui nous occupe.

Au début du travail, possible encore entre des mains expérimentées, elle peut devenir en d'autres mains un danger véritable en transformant une présentation

longitudinale en une présentation transversale; sans compter la possibilité de rompre l'utérus.

La version par manœuvres mixtes, manœuvre de Braxton-Hicks, sans donner de meilleurs résultats est passible des mêmes reproches.

B. — Les autres veulent qu'on aille chercher les pieds. C'est ainsi que Mauriceau, Portal, Delamotte, Smellie, Baudelocque conseillaient d'aller tirer sur les pieds chaque fois qu'on avait la bonne fortune d'arriver près de la parturiente avant l'engagement du siège. Restreinte aux cas d'absolue nécessité par M^{me} Lachapelle et les accoucheurs modernes, la traction sur les pieds avait été abandonnée comme traitement prophylactique de la dystocie du siège décomplété, mode des fesses. Frappés par les difficultés d'extraction du siège, variété des fesses engagé, et de l'insuffisance des tracteurs, quelques accoucheurs modernes, Ahlfeld le premier, Mangiagalli, Spiegelberg et Otto Kustner ensuite, celui-ci avec quelques réserves toutefois, ont pensé à transformer la présentation totalement décomplétée en une présentation partiellement décomplétée, ce qui atténue les causes de la dystocie due à la nature même de la présentation et à substituer aux instruments de traction insuffisants ou dangereux pour la plupart, un tracteur naturel, commode, c'est-à-dire, le membre inférieur du fœtus. Ils y sont arrivés par l'*abaissement prophylactique du pied*.

La méthode d'Ahlfeld consiste à introduire *avant la dilatation complète* du col un doigt ou deux dans l'utérus

pendant que l'autre main facilite la tâche par des manœuvres externes et à abaisser un pied.

On a reproché à cette méthode de troubler la marche du travail, et d'avoir une influence mauvaise sur les contractions utérines : on lui a adressé un reproche plus grave encore, celui d'occasionner des accidents du côté du cordon. « En tirant un pied en bas on peut voir une portion (du cordon) se placer de telle sorte qu'un étranglement devienne possible » (1).

Cela est peut-être vrai, mais nous verrons plus loin à propos de notre manœuvre, ce qu'il convient d'en penser.

Lorsque la dilatation est complète et qu'un accident du travail menace la vie de l'enfant ou la santé de la mère les auteurs recommandent d'aller tirer sur les pieds.

L'accoucheur a dans ces circonstances deux procédés à sa disposition : l'extraction, et la manœuvre de M^{me} La-chapelle.

1° *Extraction.*

Cazeaux dit dans son chapitre Version : « lorsque les « fesses sont encore au-dessus du détroit supérieur, ou « du moins si peu engagées qu'il est facile de les repous- « ser....., on va à la recherche des pieds....., et on les « abaisse pour tirer sur eux ».

La recherche des pieds dans ces conditions est souvent extrêmement pénible, à cause de la hauteur à laquelle ils sont situés, presque toujours en rapport avec la face ; cette difficulté est constante.

(1) OTTO KUSTNER. *Loc. cit.*

Dans certains cas, cette manœuvre est encore rendue plus laborieuse par l'écoulement du liquide amniotique et la rétraction de l'utérus sur le fœtus.

Dans ces cas non seulement il est difficile d'atteindre les pieds, mais il est presque impossible de faire manœuvrer la main au fond de l'utérus pour obtenir la déflexion; on est gêné par la paroi utérine qu'on pourrait intéresser si on employait la violence, on ne peut mettre le membre dans l'abduction; en dedans on est gêné par le membre congénère qui met obstacle à la descente (1).

Difficulté de trouver et de saisir les pieds, risques d'intéresser l'utérus dans la flexion des membres nous paraissent des raisons suffisantes pour expliquer pourquoi cette manière de faire ne s'est pas régularisée.

2^o Manœuvre de M^{me} Lachapelle.

M^{me} Lachapelle avait fait la distinction que nous venons d'énoncer.

« Dans ce cas on introduira suivant les règles connues,
« la main dont la paume s'appliquera le plus aisément
« sur les pieds, on pourra comme le conseille Burton,
« repousser de côté les fesses de manière à rapprocher
« les pieds du centre du détroit supérieur, on saisira
« autant que possible les deux jambes à la fois et on les
« amènera brusquement dans l'excavation, *si l'utérus*
« *contient encore de l'eau ou s'il est peu contracté, l'enfant*
« *petit et les passages bien ouverts.* Si la disposition
« contraire a lieu on tâchera de saisir chaque jambe

(1) Voy. Thèse OLIVIER. Obs. IV, p. 112.

« l'une après l'autre ; on poussera le pied du côté interne
« et, fléchissant le genou au moyen du pouce appliqué
« sur le creux du jarret, tandis que les autres doigts
« appuient sur la jambe, on fera glisser cette partie de
« haut en bas et de dehors en dedans (relativement au
« fœtus) au devant de l'abdomen puis, on l'amènera dans
« le vagin » (1).

M^{me} Lachapelle insiste en outre (obs. XII, p. 431) sur le mouvement de bascule imprimé au fœtus pour rapprocher les membres inférieurs de la main introduite. Ce mouvement est opéré par les deux mains à la fois : l'une introduite dans le vagin repousse l'extrémité pelvienne, l'autre appliquée sur l'abdomen repousse l'extrémité céphalique du fœtus de manière à lui donner une obliquité favorable à l'exécution des manœuvres ultérieures.

La manœuvre de M^{me} Lachapelle nous paraît la plus rationnelle. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'aller saisir les deux jambes, ni même avantageux de les amener *brusquement* dans l'excavation même lorsque toutes les conditions favorables sont réunies pour permettre cette déflexion brusque. Il nous paraît inutile également de saisir chaque jambe l'une après l'autre, et difficile à cause de la hauteur où elles sont situées. Mêmes dangers pour l'utérus vide d'eau et rétracté, que dans la version.

Étant donné que la version par manœuvres externes n'a pas été, ou n'a pu être faite avant le début du travail,

(1) M^{me} LACHAPELLE. *Loc. cit.*, p. 88.

l'accoucheur se trouve en présence des mêmes méthodes que pour le siège engagé, mais bien plus défectueuses encore dans cette deuxième espèce; mais il a, cette fois, le libre et relativement facile usage de la main, il peut avoir recours à la version par manœuvres mixtes, à la manœuvre de Braxton Hicks, à celle d'Ahlfeld, surtout; et à la manœuvre de M^{me} Lachapelle.

Nous avons vu que ces différents procédés sont passibles de certains reproches et qu'il est parfois impossible de saisir et de fléchir les pieds.

C'est ce que les auteurs qui conseillent d'aller chercher les pieds ne disent pas. Ils recommandent qu'on les abaisse. Mais comment ?

CHAPITRE III

Avantages de l'intervention avant l'engagement du siège. Nouvelle méthode pour l'abaissement prophylactique d'un pied.

Autant nous sommes partisan de la temporisation lorsqu'il s'agit d'intervenir lorsque le siège est profondément engagé, et cela pour toutes les raisons que nous avons dites, autant nous pensons qu'il est avantageux pour la mère et l'enfant d'agir vite, lorsque le siège est mobile au-dessus du détroit supérieur ou mobilisable.

Sans partager complètement la manière de faire de Mauriceau (pour toutes les présentations de siège à quelque variété qu'elles appartiennent), qui disait : « Aussitôt donc que le chirurgien aura reconnu que l'enfant vient en cette situation et que la matrice est assez ouverte pour donner passage à la main (sinon il fera en sorte.... de la dilater peu à peu, se servant aussi pour ce sujet des doigts, les écartants les uns des autres après les y avoir introduits joints ensemble et continuant à ce faire jusqu'à ce qu'elle le soit suffisamment)... », nous pensons qu'il faut intervenir aussitôt qu'on pourra le faire.

Et cela pour les raisons suivantes :

1° *L'intervention peut devenir très difficile lorsque le siège est profondément engagé* : Tous les accoucheurs l'admettent et notre deuxième chapitre tout entier a été consacré à le prouver.

Ces difficultés sont déterminées par l'imperfection des procédés, et par la nature même de la partie qui se présente ; il est donc préférable d'agir avant l'engagement.

2° *Le fœtus et la mère sont dans d'excellentes conditions pour supporter l'intervention, l'accoucheur pour la pratiquer* : si en effet on ne limite pas l'intervention à un accident grave du travail menaçant directement et l'enfant et la mère, on se trouve dans les meilleures conditions possibles : la femme n'est pas épuisée par ces efforts inutiles et prolongés comme dans les cas de siège engagé ; pas d'inertie utérine. L'enfant n'a pas encore souffert, ne souffre pas.

L'accoucheur a tout le temps d'opérer à son aise ; il lui est loisible de choisir le moment de l'intervention, celui qui lui paraît le plus favorable : il peut s'entourer de toutes les précautions voulues, et aller aussi lentement qu'il le juge à propos. Quelle différence avec l'intervention dans le cas de siège engagé où l'on n'intervient qu'à la dernière extrémité alors que la mère et l'enfant sont tous deux en danger, et où l'on n'a à sa disposition qu'une série de moyens imparfaits.

3° *L'intervention permet de substituer un siège partiellement décomplété à une présentation totalement*

décomplétée et assure en cas de besoin un tracteur commode.

De l'avis des auteurs et comme nous l'avons suffisamment démontré, la variété des fesses constitue fréquemment une dystocie ; il nous paraît donc utile d'intervenir aussitôt qu'on le pourra pour décompléter le coin. On obtiendra ce résultat en abaissant un pied.

Cet abaissement aura pour avantages d'abord de faciliter l'engagement en dirigeant le fœtus dans l'axe pelvien, ensuite et surtout d'assurer à l'accoucheur un tracteur parfait, le membre inférieur du fœtus.

4° L'intervention est d'autant plus facile qu'elle sera faite plus tôt.

Parce que plus on opérera tôt plus on aura de chance d'avoir les membranes intactes, et d'éviter la rétraction de l'utérus sur le fœtus.

L'observation suivante, et l'observation X de notre thèse en fournissent un exemple frappant.

OBSERVATION XII

Thèse OLIVIER, p. 114.

Présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses en position S.I.G.A. — Déflexion préventive d'un membre inférieur. — Extraction d'un enfant très volumineux. (M. BUDIN.)

Le 30 septembre 1880, j'examine M^{me} L..., multipare, dont le dernier accouchement avait eu lieu le 12 juillet de l'année précédente. Elle avait eu son retour de couche, du 10 au 15 sep-

tembre 1879, depuis elle n'avait pas eu ses règles ; au commencement de février sont survenus des vomissements : elle a perçu les mouvements actifs dans les premiers jours du mois de mai : elle pense qu'elle accouchera dans les premiers jours d'octobre. M^{me} L... est très grasse, ses parois abdominales sont très épaisses ; cependant je puis constater que la tête est mobile au détroit supérieur, le dos est dirigé en avant et à gauche, et c'est de ce côté qu'on trouve le maximum des bruits du cœur. Il y a une notable quantité de liquide amniotique.

Le travail débuta le 11 octobre à 3 heures de l'après-midi, par l'apparition des douleurs et l'écoulement de liquide amniotique. Dans la matinée l'enfant avait exécuté des mouvements très étendus qui avaient fait souffrir la mère. Quand j'arrivai près d'elle à six heures du soir, je constatai que la tête occupait le fond de l'utérus ; le siège était au-dessus du détroit supérieur, le dos était tourné en avant et à gauche ; les bruits du cœur assez élevés étaient entendus à gauche et près de la ligne médiane. Au toucher, on sentait les membranes intactes au devant du siège : elles tombaient mais peu au moment de la contraction, et du liquide amniotique s'écoulait à chaque douleur. Il est probable que la rupture s'était faite au-dessus de l'orifice utérin.

A 7 h. 1/2, la dilatation était complète, les membranes éclatèrent en produisant un bruit sec tout particulier. Il y avait une présentation du siège décomplété, mode des fesses, en position S.I.G.A. L'enfant paraissait très volumineux. M^{me} L... fut mise en travers du lit et j'allai avec la main chercher un membre inférieur que je défléchis. Les douleurs continuèrent à être très violentes, mais le siège resta immobile au-dessus du détroit supérieur. Le méconium s'écoula, les bruits du cœur fœtal se ralentirent. Je me décidai alors à faire l'extraction ; je tirai au moment des douleurs, M^{me} L... faisant de grands efforts. Malgré cela ce ne fut qu'à grand'peine que j'amenai au dehors une fille énorme qui pesait 5030 gr. Il suffit de la flageller un peu pour la ranimer. En l'examinant avec soin pour voir si les

tractions fortes auxquelles j'avais dû avoir recours n'avaient pas déterminé quelque lésion, je constatai qu'elle remuait parfaitement tous ses membres. Cependant deux jours après, on nota une paralysie du bras et de l'avant-bras gauches. Cette paralysie alla en diminuant d'une façon progressive et au dixième jour elle avait complètement disparu.

Les suites de couches furent normales.

La simple comparaison de ces deux observations nous montre la supériorité de l'intervention immédiate. Si dans l'observation X, on avait agi comme dans celle-ci il est probable qu'on eût réussi.

Nous croyons donc devoir esquisser les indications de l'intervention dans la présentation du siège décomplété mode des fesses :

1° Ne rien faire avant la dilatation complète ;

2° Dès que la dilatation est complète :

a) Si les membranes sont intactes, les rompre, et quel que soit le degré d'engagement, aller à la recherche d'un pied, à moins que le travail ne marche rapidement par suite de contractions fréquentes énergiques et efficaces, ou par suite de la petitesse du fœtus.

b) Si les membranes sont rompues, agir de la même façon.

Nous allons décrire maintenant la manœuvre que nous avons vu employer à M. Pinard et que nous avons pratiquée nous-même plusieurs fois.

MANUEL OPÉRATOIRE

PRÉPARATIFS — SOINS PRÉLIMINAIRES

Les préparatifs et les soins préliminaires, de même que l'introduction de la main ne diffèrent guère, dans l'espèce, de ce qu'ils sont dans toute opération obstétricale, nous les résumerons brièvement. Relativement à la mère, on prévendra la parturiente de la nécessité dans laquelle on se trouve d'intervenir pour sauver la vie de son enfant, on la rassurera sur les suites de l'intervention et si elle était par trop pusillanime on aurait recours au chloroforme qui peut être d'un grand secours.

On placera la femme sur un lit élevé si c'est possible, en position obstétricale. Après lui avoir enveloppé les jambes de flanelle et on aura soin de vider le rectum et la vessie, cela fait on procédera à la désinfection parfaite des voies génitales et l'on emploiera à cet effet le sublimé, le biiodure ou le naphtol.

Pour l'enfant, on aura soin de se prémunir d'eau-de-vie pour les frictions, de plumes d'oie pour le débarrasser des mucosités, du méconium, des liquides maternels ; on aura sous la main l'insufflateur de M. Ribemont-Dessaignes, de quoi faire un bain, des linges chauds pour l'envelopper, etc.

L'accoucheur se désinfectera complètement les mains et les bras : et aura à sa disposition un corps gras antiseptique ; vaseline phéniquée, boriquée, ou au sublimé.

INTRODUCTION ET CHOIX DE LA MAIN

Tout étant ainsi disposé, après avoir enduit la face dorsale de la main qu'il a choisie, l'accoucheur procède à l'introduction de cette main dans les voies génitales.

Le choix de la main a une certaine importance, la main gauche doit être préférée dans les positions gauches ; la droite dans les droites : pour les antérieures et les postérieures l'importance n'est plus la même et l'on se servira de celle dont on est le plus sûr.

L'introduction doit être faite lentement en profitant du relâchement de l'utérus, et pendant l'intervalle des contractions. La main amoindrie par la disposition en cône pénètre en général assez facilement. L'étroitesse de la vulve, l'œdème dû à la prolongation du travail, ne constituent jamais un obstacle insurmontable par la lenteur et la patience : une fois dans le vagin elle suit le sacrum et arrive au col.

Ou bien les membranes sont rompues et on arrive directement sur le siège, ou bien elles ne le sont pas (et tous les efforts de l'accoucheur ont dû tendre à les conserver intactes), et on les rompt alors.

On s'assure de nouveau du diagnostic de position : on change de main si on a introduit la mauvaise et on procède alors à la manœuvre suivante.

MANŒUVRE

1^{er} temps. — *Introduction de la main dans l'utérus et refoulement ou déplacement du siège.*

Il faut introduire toute la main dans l'utérus.

Jusqu'alors ramassée en cône, cette main s'ouvre et prenant appui de sa face dorsale sur les parois du bassin s'applique par la face palmaire des doigts sur le siège entier qu'elle repousse en masse dans la fosse iliaque correspondante, où elle assied pour ainsi dire le fœtus : ce mouvement exécuté pendant l'intervalle des contractions donne du jour et de la place et permet à la main un mouvement ascensionnel.

2^e temps. -- *Choix de la cuisse. Flexion de la cuisse sur le bassin.*

La main étendue s'applique alors sur la cuisse antérieure, sur laquelle il est préférable d'agir, et glisse sur la face postérieure de cette cuisse, en la déprimant et en la fléchissant sur le bassin jusqu'à ce que l'extrémité des doigts ait atteint le creux poplité. A ce moment les doigts se fléchissent sur la main, et on obtient le maximum de flexion de la cuisse sur le bassin.

3^e temps. — *Chute de la jambe.*

A la suite de ce mouvement de flexion de la cuisse, la jambe du fœtus se fléchit spontanément et le pied tombe pour ainsi dire non pas dans la main, mais sur la main de l'accoucheur.

4^e temps. — *Préhension du pied et abaissement.*

Dès que la face dorsale de la jambe et le talon du fœtus sont venus au contact de la face dorsale de la main de l'accoucheur comprise alors dans le sinus de l'angle for-

mé par la jambe et la cuisse fœtale, il suffit de retirer la main un peu en bas, et de la retourner un peu pour saisir le pied qu'on amène ensuite à la vulve.

Il est facile avec un peu d'habitude d'aider à la flexion de la jambe sur la cuisse, si elle paraît ne pas s'effectuer en pratiquant la manœuvre suivante :

Après avoir trouvé le creux poplité et fléchi la cuisse à l'aide des 4 doigts, on laisse les 3 derniers appuyés dans le creux poplité et maintenant la flexion qui amène la partie postérieure de la jambe sur la face dorsale de la main ; avec l'index on exécute alors une sorte de mouvement en crochet ; ce mouvement fait passer ce doigt au-dessus du genou dont il achève la flexion, glisser ce même index comme un 1/2 anneau sur la face antérieure de la jambe et accrocher le cou-de-pied qu'on achève de saisir avec la main tout entière et qu'on abaisse ensuite à la vulve.

Ces deux façons d'exécuter le 4^e temps sont aussi aisées l'une que l'autre et se complètent parfois l'une l'autre.

Il peut arriver en effet que la simple pression sur le creux poplité ne suffise pas pour faire fléchir la jambe soit le plus souvent parce qu'on a mal exécuté le 2^e temps, soit parce que le fœtus est très volumineux ou l'utérus en état de contractions fréquentes.

Le mouvement en crochet de l'index est alors utile pour achever la flexion.

Le choix du pied n'est pas indifférent : c'est le *bon* qu'il faut prendre, c'est-à-dire l'antérieur. Dans la majorité de nos observations, c'est sur la cuisse antérieure qu'ont porté tous les efforts, dans l'une d'elles (obs. XIX), on a dû aller prendre le pied postérieur. Il est probable que si

dans ce cas, on avait introduit toute la main, on aurait facilement abaissé le pied antérieur.

En général, en effet, il est facile de transformer le mauvais pied en bon par une rotation d'un demi-cercle imprimée au fœtus, mais il peut se faire, quand le fœtus est volumineux, l'utérus rétracté, que ce mouvement s'accomplisse difficilement, aussi croyons-nous qu'il est préférable, si on a abaissé le mauvais pied, et si l'extraction immédiate n'est pas obligée, de faire la manœuvre sur le pied antérieur.

Lorsque le pied a été amené dans le vagin, il faut distinguer deux cas : 1° ou bien l'y laisser, si l'état de la mère et de l'enfant n'exigent pas l'extraction immédiate, et surtout si on est intervenu avant la dilatation complète. On peut y mettre un lacs bien que ce pied n'ait aucune tendance à remonter dans l'utérus et on a de la sorte le meilleur tracteur possible si besoin était d'intervenir. Le plus souvent, cette manœuvre suffit. Le membre inférieur défléchi dans le vagin sert de conducteur et dirige le siège à travers la filière pelvienne. Elle a pour premier résultat, outre celui de décompléter le coin formé par le siège et d'assurer à l'accoucheur un excellent tracteur en cas de besoin, de remédier à l'inclinaison fréquente du siège et de permettre à l'utérus d'utiliser ses forces pour pousser dans l'axe.

Dans ce premier cas, si tout continue à se passer normalement, vite et bien, il suffit de recevoir et de diriger le fœtus expulsé par l'utérus.

Néanmoins comme Winter (1) et contradictoirement

(1) WINTER. — *Zeitsch. für Geb und Gyn.* Bd. XII, heft 2, 1886.

à Dohrn (1) nous pensons que pour les présentations du siège et notamment pour la variété des fesses on obtient (comme pour la version) les meilleurs résultats pour l'enfant lorsqu'on fait immédiatement l'extraction. Nous sommes partisan de l'extraction immédiate non pas du siège, mais du fœtus dès que le siège a été expulsé.

2° Si au contraire le fœtus souffre, s'il survient quelque accident du travail, il faut procéder à l'extraction immédiate qui sera dans l'espèce admirablement facilitée par la présence du pied, qui sera un tracteur parfait.

Notre méthode participe à la fois de la manœuvre d'Ahlfeld, et de celle de M^{me} Lachapelle, mais malgré certaines analogies elle en diffère notablement et nous paraît présenter sur chacune d'elles des avantages que nous allons faire ressortir.

Comme Ahlfeld, notre but principal est de transformer le siège totalement décomplété en une présentation partiellement décomplétée, et de mettre entre les mains de l'accoucheur, en cas de besoin, le meilleur des tracteurs, à savoir le membre inférieur de l'enfant.

Là où nous différons complètement, c'est : 1° dans le moment d'exécution de la manœuvre ; 2° dans la manière de l'exécuter.

Au point de vue du *moment*, nous conseillons d'attendre que la dilatation soit complète ou que tout au moins

(1) DOHRN. — *Zeitsch. für Geb und Gyn.*, Bd. XIV, heft 1, 1887.

l'orifice soit dilatable de façon à ce que si pour une cause ou pour une autre l'extraction immédiate devient nécessaire, on ne soit pas arrêté par l'état de l'orifice.

Nous nous mettons ainsi à l'abri des reproches adressés à la méthode d'Ahlfeld : si par hasard le cordon fait procidence du fait de la manœuvre, et nous allons voir qu'il est possible d'y remédier, si quelque accident survient, menaçant la mère ou l'enfant, nous pouvons intervenir aussitôt, puisque l'état du col le permet et nous le faisons dans les meilleures conditions puisque nous avons un tracteur parfait.

On a encore reproché à la manœuvre d'Ahlfeld d'amener des troubles graves dans les contractions utérines ; nous ne le pensons pas (voyez obs. XVIII et XIX). Mais en admettant que cela existe, peu nous importe ; en possession de notre tracteur, les voies étant ouvertes, nous sommes maître de la situation.

Au point de vue de l'exécution même de la manœuvre, nous conseillons l'introduction complète de la main, ce qui n'est pas possible dans la méthode d'Ahlfeld puisqu'on intervient alors que la dilatation est suffisante seulement pour laisser pénétrer deux doigts.

En introduisant toute la main on peut explorer bien plus facilement le cordon, le déplacer s'il est enroulé autour du membre, le refouler s'il est procident. Deuxième avantage, on a bien plus de facilité pour refouler le siège dans la fosse iliaque, bien plus de force pour fléchir la cuisse sur le bassin et aider au besoin à la flexion de la jambe, par le petit procédé que nous avons employé, index en crochet (obs. XV). En outre on peut toujours agir

sur la cuisse antérieure, ce qui n'a pas été possible dans l'observation XIX, où l'on n'a employé que deux doigts.

Contrairement à M^{me} Lachapelle, nous n'attendons pas pour intervenir qu'il y ait une indication impérieuse menaçant la vie de la mère ou celle du fœtus, ce qui nous permet d'opérer à notre heure, sans précipitation, avec toutes les précautions possibles, de n'abaisser qu'un pied et de ne pas l'abaisser *brusquement*.

Au lieu d'aller saisir chaque jambe, ce qui n'est guère plus facile que de saisir les pieds, « quand le liquide amniotique s'est écoulé et que l'utérus est contracté », nous agissons seulement sur le creux poplité avec *la main à plat*, ce qui est infiniment plus commode et exige moins de place que la manœuvre conseillée par M^{me} Lachapelle. Cette manœuvre, en effet, exige la fermeture de la main, ce qui donne à celle-ci plus de volume ; la 1/2 pronation qui nécessite d'aller plus avant dans l'utérus, et un mouvement d'abduction de l'avant-bras qui doit être singulièrement difficile.

En outre, pas de violences, pas de risques pour l'utérus puisque la flexion de la jambe sur la cuisse est toute spontanée.

De cette comparaison il nous semble résulter que notre manœuvre répond victorieusement aux objections qu'on peut faire à juste titre aux manœuvres d'Ahlfeld et de M^{me} Lachapelle et que pour ces raisons elle doit leur être préférée et devenir l'intervention de choix dans les présentations du siège, variété des fesses, non engagé.

Pour nous, l'indication est absolue, chaque fois qu'on se trouvera en présence d'un siège, variété des fesses,

non engagé, il nous paraît utile d'intervenir, et d'appliquer notre méthode.

Peut-être nous objectera-t-on que dans un très grand nombre de cas, la dystocie est moins grave qu'on le dit, et que dans nombre de cas les femmes accouchent spontanément de cette variété de fesses.

Nous admettons que chez une multipare, à bassin normal, et présentant un fœtus moyen ou petit, on puisse espérer un accouchement spontané.

Mais il est des cas limités, où personne ne peut dire quelle sera l'issue de l'accouchement.

Dans ces cas, chez les primipares, dans les rétrécissements du bassin il ne faut pas hésiter, la vie de l'enfant peut dépendre de la moindre hésitation.

Enfin, que si l'on se refuse à appliquer notre manœuvre aux cas que nous indiquons, on ait au moins recours à notre procédé d'abaissement du pied chaque fois qu'on se trouvera dans la nécessité d'aller tirer sur les pieds pour faire l'extraction d'un siège mode des fesses non engagé.

OBSERVATION XIII (INÉDITE)

Extraite des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Présentation du siège très incliné. — Mort de l'enfant à la dilatation comme 5 francs. — Version podalique par M. Pinard.

La nommée D..., âgée de 26 ans, femme de chambre, entre le 24 juin 1886, salle Ste-Anne, n° 1.

Rien dans les antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans. Menstruation régulière peu abondante durant 2 jours, non douloureuse. Pertes blanches habituelles.

Elle a accouché une première fois dans le service (22 juillet 1885); enfant mort et macéré, éclampsie un mois avant l'accouchement.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 26 septembre 1885. Grossesse normale.

24 juin à 2 heures du soir, rupture des membranes prématurée, et issue d'une grande quantité de liquide amniotique.

Le 16, à l'examen, M. Pinard constate l'existence d'un fibrome siégeant sur la partie gauche de l'utérus. Tête dans l'hypochondre droit, siège dans la fosse iliaque gauche.

Le 24 juin à 6 heures du soir, l'interne du service, constatant que la présentation n'était pas franche, fait sans succès quelques tentatives de version par manœuvres externes.

Début des douleurs le 26 à 10 heures du soir. La femme paraît bien conformée, léger degré d'écartement entre les tibias. Rien du côté du crâne ni des dents. Pas de chapelet rachitique, le bassin paraît petit. Vulve étroite, périnée long et résistant.

Le col n'est pas effacé; l'orifice interne est entr'ouvert, et on arrive sur une partie molle qu'on prend pour un siège.

M. Pinard recommande d'avoir recours à sa manœuvre dès que la dilatation sera complète. La dilatation se fait lentement, la partie fœtale n'appuyant guère sur le segment inférieur et la poche des eaux n'existant plus. A 11 heures du soir la dilatation atteint les dimensions d'une pièce de 5 fr. : il existe une bosse séro-sanguine assez considérable, on n'entend plus les battements du cœur. Les douleurs continuèrent pendant toute la nuit fortes et rapprochées.

Le 28 à 6 heures du matin, la sage-femme de garde pratiquant le toucher manuel pour exécuter la manœuvre de M. Pinard, constata la présence du gril intercostal.

Vers l'extrémité droite du bassin l'orifice interne n'est pas complètement dilaté, mais facilement dilatable.

A 9 heures du matin, M. Pinard examine la femme, constate que le siège est dans la fosse iliaque gauche : après anesthésie, il introduit la main gauche dans l'utérus, mais constatant que la

tête est très haut, que le cou est difficile à saisir, il renonce à l'embryotomie : il introduit la main droite et va abaisser un pied qu'il amène facilement grâce à sa manœuvre (pied gauche).

Extraction d'un enfant pesant 3,200 gr.

Diamètres : O. F. — 12 cent.

O. M. — 13 1/2

B. P. — 10

B. T. — 8 1/2

S. O. B. — 10

Placenta normal. Membranes déchirées à 5/30. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV (INÉDITE)

Extraite des registres cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Présentation du siège. — Bassin rétréci. — Manœuvre de M. Pinard.

La nommée G... D..., âgée de 29 ans, domestique, entrée le 25 novembre 1886, à 1 heure du matin.

Père mort à 64 ans (cause inconnue). Mère vivante.

4 enfants, 2 encore vivants.

Née dans le Luxembourg, a marché à 3 ans 1/2, marche bien actuellement.

Pas de déviations du rachis, pas de chapelet rachitique, cage thoracique peu élevée, incurvation des tibias à concavité interne, dents en très mauvais état, se cassant facilement.

Réglée à 15 ans 1/2, menstruation régulière assez abondante pendant 5 jours.

Bronchites assez fréquentes, n'a jamais craché le sang.

1^{re} grossesse en 1880, accouchement à terme d'un enfant du sexe masculin, céphalotripsie faite à la Maternité en 1881.

2^e grossesse en 1883, accouchement spontané à terme d'un

enfant vivant, venu par la tête. Cet enfant élevé au sein mourut à 8 mois de la rougeole.

3^e grossesse en 1886 ; ses dernières règles eurent lieu le 5 février 1886.

Pas d'accidents pendant la grossesse. Le 24 novembre 1886 elle est prise des premières douleurs vers 8 heures du soir et vient à l'hôpital à 1 heure du matin.

Par le palper on trouve l'extrémité céphalique en haut et légèrement à droite, le dos est à gauche, battements fœtaux normaux, siège *au-dessus du détroit supérieur*.

Au toucher on trouve le col effacé. La dilatation est de nouveau de la largeur d'une pièce de 5 francs ; à 8 heures du matin la dilatation est toujours la même.

A 10 heures, dilatation un peu moins grande que la paume de la main. Les battements du fœtus sont irréguliers, le col est facilement dilatable : on arrive facilement sur la face antérieure du sacrum.

M. Pinard se décide à intervenir à 10 h. 1/2 du matin. Il introduit la main et l'avant-bras droit dans les parties génitales, puis glissant la main le long de la face postérieure de la cuisse droite, appuie sur le creux poplité et atteint facilement le pied de ce côté. Il l'amène à la vulve, engage la femme à pousser. Après l'extraction des épaules, il éprouve les plus grandes difficultés pour la tête ; il est obligé de déployer une grande force, d'avoir successivement recours à la manœuvre de Mauriceau et de Champetier de Ribes, et après avoir fait des tractions très énergiques il extrait un fœtus qui est facilement ranimé.

L'enfant du sexe masculin pèse 3430 gr.

Les principaux diamètres de la tête fœtale sont :

O. F. — 11 1/2.

O. M. — 12 1/2.

B. P. — 9 1/2.

B. T. — 8 cent.

S. O. B. — 9 1/2.

Délivrance naturelle 1/2 heure après l'accouchement.

Le placenta a présenté sa face fœtale. Le cordon est normal le liquide amniotique est verdâtre, les membranes sont déchirées. Lochies de caractère normal. La femme sort le 7 octobre 1886. L'enfant pèse à sa sortie 3770.

OBSERVATION XV (PERSONNELLE)

Primipare. — Présentation du siège décomplété mode des fesses en S.I.D.T. — Abaissement d'un pied par la manœuvre. — Extraction du siège. — Enfant vivant.

La nommée B., 25 ans, domestique, entre le 13 octobre 1888, à la Maternité de Lariboisière, salle Lachapelle, n° 5.

Comme antécédents héréditaires on trouve une grossesse double chez la mère : du côté paternel il existe plusieurs cas de grossesses multiples.

Née à terme, nourrie au sein, ne sait pas l'âge auquel elle a marché.

Réglée pour la 1^{re} fois à l'âge de 16 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis lors, 1^{re} grossesse (actuelle); à terme, les dernières règles datent du 3 janvier 1888. Pas d'autres accidents que des vomissements opiniâtres.

Elle entre le 13 octobre à 1 heure du matin. A l'examen, on constate que le ventre est volumineux comme à terme, l'extrémité céphalique ballotte au fond de l'utérus (douleur accusée par la femme à ce niveau), le dos regarde à droite et en dehors, les membres inférieurs sont relevés et les pieds sont situés très haut près de la tête, le siège est au-dessus du détroit supérieur. La dilatation est grande comme deux francs. Bassin normal.

La tension utérine et les contractions empêchent de songer à la version par manœuvres externes.

Le travail marche lentement mais régulièrement; le 13 octo-

bre à 2 h. 1/4 du soir la dilatation est complète, mais le siège n'est pas engagé.

J'introduis la main droite dans les voies génitales, je romps les membranes et je glisse la main, après avoir refoulé le siège dans la fosse iliaque le long de la fesse antérieure, jusqu'à ce que les 3 derniers doigts soient arrivés au niveau du creux poplité. A l'aide de ces 3 doigts, je fléchis fortement la cuisse sur le bassin; la jambe s'abaisse en formant avec la cuisse un angle à peu près droit; à ce moment en faisant décrire à mon index un mouvement de spire, tout en continuant la flexion forcée à l'aide des 3 autres doigts je passe par-dessus et au devant du genou antérieur, j'accentue la flexion de la jambe sur la cuisse et glissant le long de la jambe mon index en 1/2 anneau, j'accroche solidement le cou-de-pied, et j'abaisse le pied à la vulve.

A ce moment les bruits du cœur me paraissant modifiés, je termine facilement l'extraction à l'aide de quelques tractions dans l'axe.

Le relèvement des bras n'a déterminé aucune complication.

Enfant masculin pesant 3500 gr. long. de 50 cent.

Né en état de mort apparente, il est rapidement ranimé à l'aide de quelques frictions et ne tarde pas à crier vigoureusement.

Diamètres : O. F. — 11,5.

O. M. — 13,2.

B. P. — 9,2.

B. T. — 8.

S. O. B. — 7.

Délivrance naturelle 1 heure après.

Annexes normales. Suites de couches bonnes : la température n'a pas dépassé 37°,5.

A sa sortie l'enfant pèse 3630 gr.

OBSERVATION XVI (PERSONNELLE)

Primipare. — Présentation du siège décomplété mode des fesses. — A la dilatation complète, manœuvre de M. Pinard. — Extraction du siège. — Enfant vivant.

La nommée L..., 25 ans, infirmière, entre le 19 octobre 1889, salle Lachapelle, n° 18.

Née à terme, nourrie au sein, ne sait pas l'âge auquel elle a marché.

Bonne santé habituelle.

Réglée pour la 1^{re} fois à 14 ans; elle l'est depuis lors 2-3 jours chaque fois.

1^{re} grossesse (actuelle), 8 mois : les dernières règles datent du 23 février. Syncopes fréquentes pendant la grossesse. Apparition des premières douleurs le 19 octobre à 6 h. du soir.

A l'examen on trouve le ventre plus développé qu'il ne devrait être à 8 mois, à peu près comme à terme; la tête ballotte au fond de l'utérus (à ce niveau, douleur très nette accusée par la femme). Le plan résistant regarde à droite et directement en dehors : un sillon net sépare le pôle céphalique du dos, à gauche on perçoit les membres inférieurs relevés, les pieds voisins de la tête. Au toucher, dilatation comme 5 francs, membranes intactes, à travers ces membranes, on arrive directement sur la pointe du coccyx et sur le sillon interfessier qui dessine exactement le diamètre transverse.

Le siège est mobile au détroit supérieur, mais tend à s'engager.

A cause de ce début d'engagement et de la fréquence des contractions, on ne songe pas à pratiquer la version par manœuvres externes.

Le travail marche régulièrement : à 5 heures, la dilatation est complète, mais l'engagement ne s'est pas prononcé. J'introduis la main droite dans les voies génitales et je romps les membranes. Je soulève facilement le siège, que je repousse un peu

dans la fosse iliaque et je suis la cuisse antérieure jusqu'à ce que les trois derniers doigts soient arrivés dans le creux poplité; à l'aide de ces doigts je fléchis fortement la cuisse sur le bassin et immédiatement la jambe se fléchit spontanément de telle sorte que sa face postérieure vienne au contact de la face dorsale de ma main, j'abaisse un peu cette main et en la retournant un peu je prends facilement et solidement le pied que j'amène à la vulve.

La femme pousse et aussitôt l'expulsion commence, l'abaissement des bras et l'extraction de la tête n'ont offert aucune difficulté.

Enfant masculin pesant 2750 gr., long de 49 cent., crie aussitôt.

Diamètres :	O. F. — 10, 8.
	O. M. — 12, 8.
	B. P. — 10, 1.
	B. T. — 9, 1.
	S. O. B. — 9, 1.

Délivrance naturelle une heure après; annexes normales.

Suites de couches régulières. L'enfant à la sortie pesait 2800 gr.

OBSERVATION XVII (PERSONNELLE)

Secondipare. — Rétrécissement du bassin. — Accouchement provoqué à l'aide du ballon de M. Champetier de Ribes. — Sommet mobile, transformé en siège S.I.D.T. — Manœuvre pour l'abaissement du pied; extraction d'un enfant vivant.

La nommée P..., 25 ans, ménagère, entre le 16 décembre 1888, salle Mauriceau. Rien dans les antécédents héréditaires.

Née à terme, nourrie au sein, a marché à 1 an.

Pas de maladies de l'enfance.

Réglée à 18 ans : et depuis lors, régulièrement 3-4 jours chaque fois.

1^{re} grossesse, terminée le 30 juillet 1885. Présentation de l'épaule transformée en sommet. Accouchement spontané à terme d'un enfant actuellement bien portant. Suites de couches normales.

2^e grossesse (actuelle) presque à terme, les dernières règles ont eu lieu le 7 mars. Pas d'accidents pendant le cours de cette gestation : pas de pertes de sang ni d'eau. Cette femme vient consulter le 14 décembre et à l'examen, on constate : ventre développé à peu près comme à terme, présentation du sommet, mobile au-dessus du détroit supérieur en O.I.D.T. Le palper mensurateur démontre que la tête déborde la symphyse et M. Pinard se décide à provoquer l'accouchement.

18 décembre. Introduction du ballon de M. Champetier de Ribes à 11 h. 1/2. Les membranes se rompent à ce moment et on transforme le sommet en siège.

Le travail débute à 12 h. 1/2 et à 4 h. du soir, le ballon est expulsé du vagin, la dilatation est complète.

Je touche et je constate une présentation du siège avec membranes relevées le long du thorax, mobile au-dessus du détroit supérieur, sans aucune tendance à l'engagement.

J'introduis immédiatement la main et je pratique la manœuvre. Je refoule facilement le siège dans la fosse iliaque, je fléchis fortement la cuisse antérieure sur le bassin après avoir atteint le creux poplité, et bien que l'utérus fût vide d'eau et que les contractions fussent fréquentes et prolongées, j'obtins aisément la flexion de la jambe sur la cuisse et en retournant légèrement la main je saisis solidement le pied que j'amenai à la vulve.

Je commençai alors l'extraction lentement en triant suivant les préceptes de M^{me} Lachapelle.

J'abaissai successivement le bras postérieur puis l'antérieur sans difficultés.

L'extraction de la tête fut des plus simple, grâce à la dilatation due au ballon.

L'enfant né étonné ne tarda pas à crier vigoureusement.

Sexe masculin, poids 3050 gr.

Délivrance naturelle 20 minutes après, suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII

Due à l'obligeance de mon excellent collègue WALLICH.

Secondipare. — Présentation du siège décomplété mode des fesses. — Abaissement d'un pied.

La nommée Sandrin, 21 ans, couturière, entre le 7 juin 1889, salle Mauriceau, n° 15.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Née à Abbeville, est à Paris depuis l'âge de 8 mois. Nourrie au sein, a marché à 1 an.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Réglée à 14 ans, et depuis lors elle l'est régulièrement.

Il y a 2 ans, premier accouchement spontané à terme, présentation du sommet.

L'enfant élevé au biberon par la mère est actuellement âgé de 21 mois et se porte bien. Suites de couches compliquées d'une « grosseur dans l'aine qui l'obligea à garder le lit pendant 6 semaines ».

Depuis lors, leucorrhée abondante.

2^e grossesse (actuelle) la femme ne peut préciser le moment de la dernière apparition des règles. Gestation normale, sans incidents.

Début du travail le 7 juin, à 3 h. du matin; à l'examen, on trouve une présentation du siège décomplétée mode des fesses, S.I.D.A. On ne fait aucune tentative de version par manœuvres externes, la femme étant en travail.

Dilatation complète le 7 juin à midi. On rompt artificiellement les membranes.

La manœuvre faite lentement sans violence s'exécute avec la

plus grande facilité. L'accouchement se termine 5 minutes après le moment où le pied a été abaissé à la vulve.

Le travail a duré 9 h. 10 minutes.

Délivrance naturelle 1 h. après.

Annexes normales.

Enfant vivant, bien constitué, sexe féminin, poids 2650 gr. long. 47 cent., il pesait 2720 gr. à sa sortie.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance de mon excellent collègue WALLICH.

Primipare. — Présentation du siège décomplété mode des fesses. — Manœuvre de M. Pinard.

La nommée Cl. R..., 25 ans, domestique, entre le 15 avril 1889, à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, n° 2. Rien dans les antécédents héréditaires : a marché à 18 mois.

Réglée à 17 ans, et depuis lors elle l'est régulièrement. Bonne santé habituelle. Dernières règles le 10 août 1888.

A son arrivée dans le service, l'examen permet de constater quelle est enceinte de 8 mois, fœtus vivant en présentation du siège ; plus engagé qu'on n'a l'habitude de le constater. Le palper permet de reconnaître la présence des pieds au niveau de la tête, les membres inférieurs étant relevés et étendus le long du tronc. Le fœtus affecte la forme d'un V dont le sommet de l'angle serait formé par le siège : le dos est à gauche, les membres inférieurs à droite. Dans cette situation le fœtus ne pouvant évoluer dans l'utérus, on ne songe pas à la version par manœuvres externes.

Aucun incident pendant la grossesse, sauf quelques vomissements pendant les premiers mois.

Le 12 mai à 10 heures du matin la femme ressent les premières douleurs.

Elles vont en augmentant, mais la dilatation se fait très lentement.

A 5 heures du soir dilatation complète.

Les douleurs sont très fréquentes et malgré cela le fœtus descend peu.

On rompt artificiellement les membranes, les battements du cœur fœtal sont normaux, mais le siège est à peine engagé.

La main introduite dans le vagin reconnaît la cuisse droite du fœtus en avant et derrière le pubis, la cuisse gauche en arrière.

Deux doigts (?) introduits dans l'utérus suivent la partie postérieure de la cuisse droite du fœtus jusqu'au creux poplité. A ce niveau on exagère par des pressions la flexion de la cuisse sur le tronc tout en cherchant à faciliter ce mouvement par une légère adduction ou abduction de la cuisse. Celle-ci paraît fixée par sa situation derrière le pubis et ces manœuvres ne sont suivies d'aucun résultat.

Sans insister d'avantage on répète les mêmes manœuvres sur la cuisse gauche qui est la cuisse postérieure. Dès la plus légère pression sur le creux poplité les doigts éprouvent une sensation de résistance vaincue et la partie postérieure de la jambe qui se fléchit vient s'appliquer sur la face dorsale des deux doigts qui appuient sur le creux poplité.

Bientôt la flexion de la jambe est complète; les deux doigts réunis n'ont qu'à s'écarter pour recevoir entre eux le pied, le saisir et l'amener à la vulve.

Sans tractions d'aucune sorte, le siège suit à quelques minutes, puis les épaules. La tête est extraite par la manœuvre de Mauriceau.

L'accouchement est terminé à 5 h. 1/4. L'enfant vivant est une fille du poids de 3170 gr., longue de 49 cent. Délivrance spontanée 50 minutes après. Placenta normal, membranes entières. Suites de couches normales.

OBSERVATION XX

Due à l'obligeance de mon collègue et ami WALLICH, interne de la Maternité de Lariboisière.

Présentation du siège décomplété, mode des fesses. — Manœuvre de M. Pinard.

La nommée L..., âgée de 36 ans, journalière, entre le 25 août 1889 à la Maternité de Lariboisière, salle Lachapelle, n° 4.

Père vivant, d'une bonne santé.

Mère morte du choléra en 1867. Mais bonne santé habituelle, frère bien portant.

Née en Lorraine, à Paris depuis la guerre, jamais aucune maladie. Réglée à 17 ans, régulièrement.

N'a jamais été obligée de se coucher, sauf au moment de ses grossesses.

1^{er} accouchement en 1871, femme âgée de 18 ans, à terme, présentation du siège. Garçon mort pendant le travail.

Pendant cette 1^{re} grossesse faiblesses, œdème des jambes. Symptômes de péritonite légère ayant duré une quinzaine de jours après l'accouchement.

2^e accouchement en 1873. — Grossesse et accouchement normaux, rien de particulier, présentation du sommet. Garçon nourri au sein de la mère, mort le 15^e jour de convulsions.

3^e accouchement en 1881. Grossesse et accouchement normaux, rien de particulier, présentation du sommet à terme.

Fille nourrie au sein de la mère, morte à 4 ans, paralysie infantile.

4^e accouchement en 1883. Grossesse normale, accouchement laborieux fait dans le service de Lariboisière par M. le Dr Bois-sard. Travail long, mais suites de couches normales. Enfant volumineux, a vécu 17 mois. Mort de bronchite.

5^e accouchement en 1885. — Accouchement un peu long, à Lariboisière, présentation du sommet. Circulaire. On fut obligé

de ranimer l'enfant. Enfant vivant actuellement et bien portant.

6^e accouchement en 1886. — Grossesse normale, accouchement normal à Lariboisière. Présentation du siège. Enfant mort à 7 mois de convulsions.

7^e grossesse (actuelle), dernières règles le 12 juillet 1888. Apparition des premières douleurs le 15 avril 1889, à 9 heures du matin.

Grossesse à terme; pendant cette grossesse, vomissements. Bronchite. Présentation du siège décomplété, mode des fesses en S. I. D. A.

A 3 h. 1/2 du soir. Dilatation complète. Siège non engagé, mode des fesses en S. I. D. A.

A 4 h. Rupture artificielle des membranes.

A 4 h. 1/2, le siège ne descend pas, douleurs rares.

A 5 h. 1/2, même état.

A 6 h. 1/4, engagement du siège peu prononcé. Introduction de la main droite dans le vagin : deux doigts remontent le long de la cuisse antérieure (droite) jusqu'au creux poplité, pression sur la cuisse d'avant en arrière, le mollet atteint alors la face dorsale des doigts.

L'utérus se contracte vigoureusement, la main endolorie par la pression est retirée.

Nouvelle tentative, arrivée facile sur le creux poplité, nouvelle pression.

Le pied droit vient se loger entre l'index et le médus, il est saisi entre ces 2 doigts et attiré à la vulve, on cesse toute traction, le siège descend aussitôt : la jambe et la cuisse paraissent à la vulve. Rotation du tronc, la colonne vertébrale vient répondre à la face postérieure du pubis. Dégagement de la jambe gauche, anse au cordon qui bat. Arrêt dans l'expulsion.

Alors tractions sur les cuisses.

Dégagement des bras, extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau à 6 h. 1/2.

Enfant criant vigoureusement, masculin, poids 3750 gr., longueur 52 cent.

Diamètres : O. F. — 12
O. M. — 13
B. P. — 9,1
B. T. — 8
S. O. B. — 10,2

Délivrance naturelle à 7 h. 1/2 du soir.

Le placenta normal a présenté sa face foetale.

Membranes entières, 24/12.

Liquide amniotique mélangé de méconium.

CONCLUSIONS

I. — La variété des fesses de la présentation du siège peut être dans certains cas une dystocie grave.

II. — Tous les moyens d'extraction lorsque cette variété est engagée sont insuffisants ou dangereux.

III. — Il est avantageux d'intervenir avant l'engagement du siège.

IV. — L'abaissement du pied à l'aide de notre manœuvre paraît être le traitement de choix dans les cas de présentation du siège décompleté, mode des fesses.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

A. PINARD.

Vu et permis d'imprimer:

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

